



PRAXISKLINIK  
für zahnärztliche Chirurgie  
und Implantologie

Dr. Christian Lamest  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie & Kollegen

# Patienten- anmeldung



Damit wir Sie  
optimal versorgen können.

## Anmeldformular für Patienten

- Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben. Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name \_\_\_\_\_ Meine Krankenversicherung:  selbst versichert

Vorname \_\_\_\_\_  versichert mit:  Ehemann  Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  Ehefrau  Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_  Vater  Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_  Mutter

Strasse \_\_\_\_\_ Mein Zahnarzt ist: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

\*Mobil \_\_\_\_\_

\*e-Mail \_\_\_\_\_

Internet  Überweisung  Bekannte  Sonstiges \_\_\_\_\_

- \*Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Bitte helfen Sie uns.

Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie:	Ja	Nein	Leiden Sie an Allergien? Welche?	Ja	Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Medikamentenallergie? Gegen welche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzrhythmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungen der:			Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (HEP, TBC, HIV) Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie an anderen Erkrankungen? An welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie zur Zeit schwanger? In welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis möglichst genau.

- Wichtige Informationen:

Das Ausfüllen der Gesundheitsfragen beruht auf Freiwilligkeit. Die mit \* markierten Fragen sind Zusatzangaben. Bitte beachten Sie jedoch, dass ohne die notwendigen Angaben keine Behandlung bei uns erfolgen kann. Weitere Informationen zur Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im Flyer „Patienteninformation zum Datenschutz“.

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service durch die Praxis sowohl telefonisch als auch schriftlich per Mail. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Vielen Dank  
für Ihre Unterstützung!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Praxis in der Stummstraße 33 (Eingang Jobcenter) liegt in einer Fußgängerzone.

Kostenlose Parkplätze in der Nähe finden Sie auf dem Parkplatz „Odilienplatz“ und auf dem Parkplatz „Innenhof Merziger Straße“ direkt vor dem Praxisgebäude.

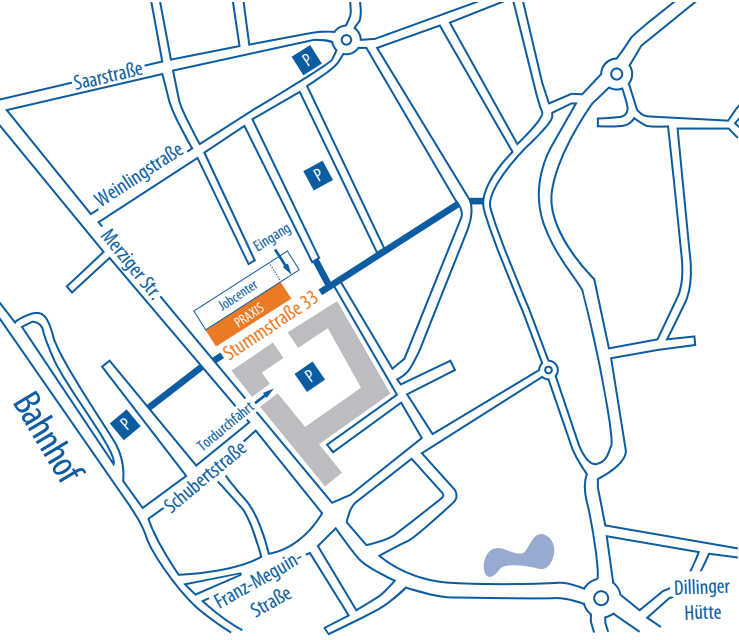
## Anfahrt

### Aus Richtung Merzig / A8 oder Saarbrücken / A620

- An der Ausfahrt Nr. 8 „Dillingen Mitte“ abfahren
  - Weiterfahren auf die Konrad-Adenauer-Allee (L355)
  - Am Kreisel geradeaus in die Franz-Meguin-Straße fahren
  - Nach der Unterführung an der Ampelkreuzung nach links in die Merziger Str. abbiegen
  - Nach ca. 150 m nach rechts durch eine Tordurchfahrt in der Häuserzeile auf den Parkplatz „Innenhof Merziger Straße“ abbiegen, der direkt vor der Praxis liegt
- oder
- Nach ca. 300 m nach rechts in die Weinligstraße abbiegen um zum Parkplatz „Odilienplatz“ zu gelangen
  - Von dort gehen Sie nach rechts in die Stummstraße

### Aus Richtung Neunkirchen / A8

- An der Ausfahrt Nr. 10 „Dillingen/ Saarlouis- Roden“ abfahren
- Nach links Richtung Dillingen abbiegen
- An der Dillinger Hütte vorbei gelangen Sie an einen Kreisel
- Dort nehmen Sie die zweite Ausfahrt in die Merziger Straße
- An der Ampelkreuzung fahren Sie geradeaus
- Die Parkplätze finden Sie dann wie oben beschrieben



## Überweisungsformular für Zahnärzte

■ Die Patientin/der Patient:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

wird zur Durchführung chirurgischer Leistungen überwiesen:

- Weisheitszahnentfernung
- Exaktion folgender Zähne
- Operative Zahnentfernung
- Entfernung überzähliger Zähne oder Zahnkeime
- Konservierend-chirurgische Sanierung
- Operative Freilegung
- Wurzelspitzenresektion

mit orthograde Wurzelfüllung

mit retrograder Wurzelfüllung

Lippenbändchenkorrektur

Zungenbändchenkorrektur

Vestibulum-Plastik

Oberkiefer

Unterkiefer

Chirurgische Parodontosebehandlung

Abszessinision

Histologische Abklärung

Zystektomie

Implantatinserterion

Biomet 3i

Friadent Xive

Camlog

Thommen

Implantat-Suprakonstruktion

in der hauszahn-ärztlichen Praxis

in der Praxisklinik Dr. Lamest

Sonstiges \_\_\_\_\_

■ Der Eingriff soll durchgeführt werden in:

Lokalanästhesie

Analgosedierung

Allgemeinnarkose

Anästhesiologischer Überwachung

Folgende medizinische Allgemeinproblematik ist bei meinem Patienten zu beachten (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, Diabetes, ...)

Datum · PraxistempeI · Unterschrift

Nach erfolgter chirurgischer Behandlung werden wir Ihren Patienten an Sie zurücküberweisen.