

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### HINWEISE ZUR ORGANISATION

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d. h. für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir Ihnen bei entsprechender Behandlung z.T. mehrere Stunden. Das bedeutet aber auch, dass Sie bei Verhinderung bitte rechtzeitig, spätestens aber 48 Stunden vorher absagen, damit diese Zeit von einem anderen Patienten genutzt werden kann. **Ansonsten müssen wir Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen.**

### HINWEISE FÜR PRIVATPATIENTEN

In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der GOZ/GOÄ abgerechnet. Der zu berechnende Faktor liegt zwischen dem 1,0 und 3.5-fachen Satz und richtet sich nach Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad. Erstellungseinschränkungen durch Ihren Ersteller können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Für Laborleistungen wird die BEB-Liste zugrunde gelegt. Aus organisatorischen Gründen erfolgt die Abrechnung über eine ärztliche Abrechnungsstelle.

### HINWEISE FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

Bei Nichtvorlage der Krankenkassenkarte muss diese spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht werden, andernfalls müssen wir die Behandlung privat abrechnen, womit Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

## Ihre persönlichen Daten

Datum & Unterschrift

### PATIENT

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

### VERSICHERTER

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Stadt

Arbeitgeber

Beruf

Tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern:

Privat

Beruflich

Mobil

E-Mail-Adresse

Versicherung / Krankenkasse

Möchten Sie unseren kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) in Anspruch nehmen?

Anruf

SMS

E-Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

## Für Privatpatienten

Ich bin im PKV-Standard-Tarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

# Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate oder Blutverdünner?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Ist eine baldige Schwangerschaft geplant?  Ja  Nein

## Leiden Sie an irgendwelchen Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Hoher/ niedriger Blutdruck   | <input type="radio"/> Asthma                 | <input type="radio"/> Herzfehler/Herzerkrankungen         |
| <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung   | <input type="radio"/> Schlaganfall           | <input type="radio"/> Bluthochdruck/Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Diabetes   | <input type="radio"/> Glaukom/Augenoperation | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung              |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)                                    | <input type="radio"/> Depression             | <input type="radio"/> Epilepsie                           |
| <input type="radio"/> Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____  |  |   |
| <input type="radio"/> Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion nach einer zahnärztlichen Spritze? | <input type="radio"/> Ja                     | <input type="radio"/> Nein                                |
| <input type="radio"/> Haben Sie eine Pflegestufe?  | <input type="radio"/> Ja                     | <input type="radio"/> Nein                                |
| <input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen _____  |  |   |

## Zahnärztliche Anamnese

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung?

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Wenn ja, wovor? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Reagieren Ihre Zähne überempfindlich auf heiß und kalt?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischentzündung oder Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  Nein

Haben Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?  Ja  Nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht?  Farbe  Form  Stellung

## Sind Sie an Informationen zu unseren besonderen Behandlungsmethoden interessiert?

Angstfreie Behandlung durch z.B. Lachgassedierung  Ja  Nein

Amalgamsanierung  Ja  Nein

Unsichtbare Zahnspange  Ja  Nein

Zahnaufhellung (Bleaching)  Ja  Nein

Schwangerenprophylaxe  Ja  Nein

Immunologische Spezialdiagnostik  Ja  Nein

Austestung unserer Materialien  Ja  Nein

Vegane Prophylaxe  Ja  Nein

## Endlich haben Sie es geschafft!

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen irgendwelche Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je genauer wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift