



Um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemeinmedizinische Dinge zu klären. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen und notwendige Aktualisierungen werden Ihrer Patientenkartei hinzugefügt. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, und füllen diesen Fragebogen sorgfältig aus. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Persönliches

Name / Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ, Ort

Tel. privat Tel. mobil

E-Mail Tel. dienstl.

Terminerinnerung per Telefon/SMS/WhatsApp für Langzeitbehandlungen wie PZR o.ä.? ja, bitte nein

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter? (wichtig bei Kindern!)

Name / Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ, Ort

Wer ist Ihr behandelnder Haus-/ Facharzt?

Name Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

auf Empfehlung Überweisung von

Hinweise zur Organisation

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie Termine spätestens 48 Std. vorher absagen müssen, damit wir die beim Termin ausschließlich für Sie vorgesehene Zeit für andere Patienten nutzen können. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage!

Bringen Sie bitte immer Ihre elektronische Gesundheitskarte (Krankenversichertenkarte) mit. Sollten Sie sie einmal vergessen, können Sie uns diese umgehend, jedoch bis spätestens 5 Tage vor Ende des jeweiligen Quartals nachreichen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen ansonsten die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen müssen.

Kosten-/ Zahlungshinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ. Zahnärztliche Rechnungen werden nach §10 GOZ sofort fällig. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Behandlungseinverständnis

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des bzw. der Erziehungsberechtigten notwendig!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Bitte wenden! Seite 2 →

Haben oder hatten Sie ...

- Herzerkrankung
- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Hepatitis (A B C)
- Nierenerkrankung
- Magen-/Darmerkrankung
- Augenerkrankung (z.B. Glaukom)
- Erkrankung der Wirbelsäule
- Künstliche Herzklappen
- Diabetes
- Rheuma
- HIV(AIDS)
- Herzschrittmacher
- Blutungsneigung
- Epilepsie
- Schilddrüsenerkrankung
- Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma)
- Endoprothesen (künstl. Gelenke o.ä.)
- Zahnfleischbluten
- Angina Pectoris
- Ohnmachtsneigung
- TBC

Haben Sie eine sonstige Erkrankung oder Hinweise zu den o.g. Punkten?

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

- ja
- Allergiepass vorhanden
- nein

Medikamente: Nehmen Sie...

- „Blutverdünner“ (ASS, Marcumar®, ...)
- Cortison (Kortikoide)
- andere Medikamente (Medikationsplan vorhanden)
- Schmerzmittel
- Antidepressiva
- Herzmedikamente
- Bisphosphate

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen oder Injektionen?

- nein
- ja _____

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- ja (____.Woche)
- nein
- unbekannt

Haben Sie ...

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Ja Nein
- Starke Schmerzempfindlichkeit Ja Nein
- Starker Würgereiz Ja Nein
- Sonstiges _____

Was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
- sehr oft Zahnschmerzen

Für Neupatienten:

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung umgehend mitzuteilen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Aktualisierung des Anamnesebogens / Bestätigung der Angaben

Datum

Unterschrift
