



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Lächeln liegt uns am Herzen, daher kümmert sich das gesamte Team gern um Ihre individuellen Bedürfnisse rund um das Thema „Mundgesundheit“.

Da eine gelungene Kommunikation zwischen Patienten und Praxisteam für uns ein wichtiger Baustein für eine tragfähige Partnerschaft ist, legen wir großen Wert auf eine detaillierte Anamnese.

Ihre persönlichen Daten und Informationen zu Ihrem allgemeinen und speziellen Gesundheitszustand sind eine wichtige Grundlage für eine optimale zahnmedizinische Versorgung.

Nehmen Sie sich daher bitte einen Moment Zeit, diesen Bogen so genau wie möglich auszufüllen und geben ihn dann am Empfang ab.

Bei Fragen – insbesondere zum medizinischen Teil – sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen gern weiter. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Daten und Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team der Zahnarztpraxis Julia Simon

Perönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Krankenversicherung

Krankenversichert bei: _____

Gesetzlichversichert
 Ja Nein

Privatversichert
 Ja Nein

Basistarif
 Ja Nein

Zusatzversichert
 Ja Nein

Beihilfeberechtigt
 Ja Nein

Wenn nicht selber KV-Mitglied, wer ist der/die Versicherte?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Erinnerungsservice

Um das Ziel lebenslanger Mund- und Zahngesundheit zu erreichen, ist es notwendig, regelmäßig eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen. Gerne bieten wir Ihnen dazu unseren persönlichen Erinnerungsservice an. Die Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie von uns in den mit Ihnen persönlich abgesprochenen Intervallen per E-Mail / SMS / Anruf oder Post erinnert werden?

Ja Nein

Behandlung

Warum suchen Sie uns heute auf?
(Schmerzbehandlung, Routinekontrolle, Beratung, Neuer Zahnersatz, Prophylaxe, Amalgamaustausch, Zweite Meinung, Sonstiges)

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

Besitzen Sie einen Röntgenpass?
 Ja Nein

Fragen zur Zahn- und Mundgesundheit

Haben Sie akute Schmerzen?

Ja Nein

Haben Sie Zahnersatz?

Ja Nein

Haben Sie Zahnwurzelersatz (Implantat)?

Kronen
 Brücken
 Prothese

Ist Ihnen der lebenslange Erhalt Ihrer Zähne wichtig?

Ja Nein

Sind bei Ihnen nach zahnmedizinischen Behandlungen schon mal ungewöhnliche Reaktionen vorgekommen (z.B. nach Spritzen oder Medikamenten)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Allgemeine Gesundheitsfragen

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung? Ja Nein Wenn ja, warum?

Bekommen Sie schnell blaue Flecken? Ja Nein

Leiden Sie an längeren Blutungen nach Verletzungen? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein

Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden? Ja Nein

Fühlen Sie sich körperlich stark belastet? Ja Nein

Herz-, Kreislaufkrankungen

Niedriger Blutdruck
 Ja Nein

Herzklappenersatz
 Ja Nein

Hoher Blutdruck
 Ja Nein

Angina Pectoris
 Ja Nein

Herzschrittmacher
 Ja Nein

Schlaganfall
 Ja Nein

Gerinnungsstörung
 Ja Nein

Endokarditis
 Ja Nein

Haben Sie einen Herzpass?
 Ja Nein

Herzfehler, Wenn ja, welche?
 Ja Nein

Herzklappendefekt, Wenn ja, welche?
 Ja Nein

Herzinfarkt, Wenn ja, wann?
 Ja Nein

Vegetative Erkrankungen

Schwindel
 Ja Nein

Ohnmacht
 Ja Nein

Asthma
 Ja Nein

Augenerkrankungen

Grüner Star
 Ja Nein

Chronische Erkrankungen

Diabetes
 Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen
 Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen
 Nein Überfunktion Unterfunktion

Nierenerkrankungen
 Ja Nein

Rheuma
 Ja Nein

Infektionskrankheiten

HIV

Ja Nein

Hepatitis (A/ B/ C)

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Depression)

Ja Nein Wenn ja, welche?

Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Knochentumore)

Ja Nein Wenn ja, welche?

Tumorleiden

Ja Nein

Chemotherapie

Ja Nein

Bestrahlung, Wenn ja, welche?

Ja Nein

Ggf. Operation und wann?

Ja Nein

Spezielle Gesundheitsfragen

Nehmen Sie regelmäßig

Blutgerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar) Herzmedikamente Schmerzmittel Cortison Antidepressiva

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Konsumieren Sie alkoholische Getränke?

Nie
 Gelegentlich
 Täglich

Konsumieren Sie regelmäßig Rauschmittel?

Nie
 Gelegentlich
 Täglich

Wenn ja, welche?

Konsumieren Sie Beruhigungsmittel?

Nie
 Gelegentlich
 Täglich

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente oder Substanzen allergisch (z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welche/r Woche/Monat?

Sonstige wichtige Hinweise oder Anmerkungen:

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Sehr gerne rufen wir Ihnen auf Wunsch ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Organisatorische Hinweise

Unsere Praxis ist als Bestellpraxis organisiert. Das bedeutet, dass wir uns für Sie Zeit nehmen und entsprechende Vorbereitungs- und Behandlungszeiten für Sie reservieren. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte innerhalb 24 Stunden vorher ab, damit wir diesen im Rahmen unseres optimierten Bestellsystems anderen Patienten zur Verfügung stellen können. Andernfalls behalten wir uns vor, nicht abgesagte, umfangreiche Termine in Rechnung zu stellen.

Für Kassenpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen des aktuell gültigen Bewertungsmaßstabes (BEMA) abgerechnet. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis benötigen. Liegt uns diese nicht spätestens 14 Tage nach der Behandlung vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Für Privatpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der aktuell gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Der Faktor liegt in der Regel zwischen dem 1- und 3,5-fachen Satz und richtet sich nach dem Schwierigkeitsgrad der Behandlung. Höhere Faktoren werden wir im Voraus mit Ihnen besprechen und Ihnen einen Kostenvoranschlag erstellen.

Die Rechnungserstellung (Berechnungsfähigkeit) und Rechnungserstattung (Erstattungsfähigkeit) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Rechnung nicht nach den Vorstellungen der kostenertattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Ich bin über die Erstattungsproblematik ausreichend aufgeklärt worden. Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden. Selbst wenn die Erstattungsstelle den in der Rechnung ausgewiesenen Rechnungsbetrag nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet, ist mir bekannt, dass ich gegenüber dem Zahnarzt den kompletten Gesamtbetrag zu begleichen habe.

Eventuelle intraorale Aufnahmen können zu Dokumentationszwecken und /oder Fortbildungszwecken verwendet werden.

Hiermit bestätige ich, alle abgedruckten Praxisinformationen gelesen und verstanden sowie sämtliche Angaben nach bestem Wissen getätigt zu haben. Änderungen werde ich stets mitteilen.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in