

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Jeder Arzt und Zahnarzt muss vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung auszufüllen und uns wieder abzugeben bzw. zu übersenden. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

Name:	_____	Krankenkasse:	_____
Vorname:	_____	Wenn Sie nicht selbst versichert sind, über wen sind Sie	_____
Geburtsdatum:	_____	versichert?	_____
Adresse:	_____	Name:	_____
		Vorname:	_____
Telefon privat:	_____	Geburtsdatum:	_____
Handy:	_____	Rechnungsempfänger?	_____
Email:	_____	Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?	<input type="radio"/>
ja <input type="radio"/> nein			
Beruf:	_____	Sind Sie zahnzusatzversichert?	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> nein			
Arbeitgeber, Ort:	_____	Wer ist Ihr Hausarzt?	_____
Telefon beruflich:	_____	Wer hat uns empfohlen?	_____

Terminvereinbarungen

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine - von seltenen Notfällen abgesehen - pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten. Die reservierte Zeit berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminveränderung vereinbaren (§296 BGB). Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor, Ihnen eine Privatrechnung zu erstellen (§615BGB). Erhalten Sie wegen akuter Beschwerden einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Da dieser Termin außerhalb unseres Bestellrahmens liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für sozialversicherte Patienten wichtig

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorbei gebracht, erfolgt eine private (§15 GRG) Rechnungslegung.

Für Beihilfepatienten wichtig

Aus gegeben Anlass weisen wir auf folgendes Problem hin, welches durch die beihilfegewährenden Stellen verursacht wird. Durch die Privatversicherung Beihilfestellen wurde Ihnen suggeriert, dass Sie alle privat Zahnärztlichen Leistungen ersetzt bekommen; dieses ist nicht der Fall. Einerseits gibt es Leistungsziffern, die durch die Beihilfestellen nicht akzeptiert werden, andererseits werden Begründungen bei erhöhten Steigerungsfaktoren nicht anerkannt. Die sich daraus ergebenden Rechnungsdifferenzen werden zu Ihren Lasten gehen müssen. Die Beihilfestelle beruft sich in diesem Punkt auf ein Restrisiko, welches der Beamte selbst zu tragen habe.

Lokalanästhesie

Wenn indiziert, führen alle Zahnärzte zur Schmerzausschaltung eine sogenannte Lokalanästhesie durch. Dabei können einzelne Zähne oder Zahnreihen sowie deren umliegendes Gebiet für die Dauer der Behandlung betäubt werden. Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass es bei dieser Routinemaßnahme in seltenen Ausnahmefällen zu vorübergehenden oder bleibenden Beeinträchtigungen des Zungen- bzw. Unterkiefernerve (Tastsinn), des Kiefergelenks (Kieferklemme) oder der umgebenden Gewebe kommen kann. Außerdem wurde ich über eine mögliche Fahruntüchtigkeit aufgeklärt. Des Weiteren kann es zu Gefäßverletzungen und allergischen Reaktionen kommen, bis zum Kreislaufversagen.

X _____
Ort, Datum, Unterschrift Pat.

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie!

Zahnmedizinische Anamnese

- ja nein Haben Sie Zahnschmerzen?
- ja nein Blutet Ihr Zahnfleisch?
- ja nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- ja nein Sind Ihre Zähne gelockert?
- ja nein Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?
- ja nein Wünschen Sie über künstliche Zähne (**Implantate**) aufgeklärt zu werden?
- ja nein Knirschen Sie mit den Zähnen?

Bitte nennen Sie mir nachfolgend Ihre Behandlungswünsche:

- ja nein Mir genügt eine Grundversorgung ausschließlich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenkasse!
- ja nein Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Leistungen möglich ist, auch wenn diese nicht in den Leistungen der Krankenkassen enthalten sind ?
- ja nein Sind Sie im Besitz eines vollständigen Bonusheftes?
- ja nein Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?
- ja nein Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?
- ja nein Hätten Sie gerne hellere Zähne?
- ja nein Falls Sie unter Mundgeruch leiden, möchten Sie etwas dagegen tun?
- ja nein Haben Sie eine Zahnarztphobie? Wenn ja, wie stark? (1 schwach - 10 stark) _____
- ja nein Leiden Sie unter einem Würgereiz?
- ja nein Wünschen Sie von uns an Ihre Untersuchungs- und Zahnpflegetermine per Email/schriftlich erinnert zu werden?
- ja nein Möchten Sie unseren Newsletter per Email/schriftlich erhalten?

Haben Sie darüber hinaus besondere Wünsche/Anregungen?

Allgemeinmedizinische Anamnese

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie (Eltern und deren Geschwister, Großeltern und deren Geschwister, eigene Geschwister) folgende Krankheiten aufgetreten:

ja nein Parodontitis

ja nein Allergien - wenn ja,

welche _____

ja nein Krebs - wenn ja,

welcher _____

ja nein Diabetes - wenn ja, welcher

Typ _____

ja nein Gerinnungsstörung

ja nein Herzerkrankungen - wenn ja,

welche _____

ja nein Knochenerkrankungen - wenn ja,

welche _____

ja nein Psychische Erkrankungen - wenn ja,

welche _____

Allgemeinanamnese

ja nein Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum _____

ja nein Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (besonders Medikamente oder Lokalanästhetika)

Wenn ja, welche? _____

ja nein Leiden Sie an Bluterkrankungen oder erhöhter Blutungsneigung?

ja nein von Willenrand-Jürgens-Syndrom

ja nein Hämophilie A

ja nein Hämophilie B

ja nein Gerinnungsstörung

ja nein

sonstiges: _____

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

ja nein Herzerkrankung

ja nein Herzinfarkt

ja nein Bypass oder Stent

ja nein Vorhofflimmern/Herzrhythmusstörungen

ja nein Bluthochdruck

ja nein Osteoporose

ja nein Nierenerkrankung

ja nein Störung der Nierenfunktion

ja nein Dialysebehandlung

ja nein Magen-Darm-Erkrankung

ja nein Krampfleiden (Epilepsie)

ja nein Diabetes - wenn ja, welcher Typ _____

ja nein HBA1C Wert bei Diabetes unter 7 %

ja nein Infektionskrankheiten (Tbc, Hepatitis A,B,C Aids/HIV, Lues, usw.)

ja nein Schlaganfall

ja nein Blutarmut (Anämie)

ja nein Asthma/COPD

ja nein Atemwegs-/Lungenerkrankung

ja nein Lebererkrankung (Gelbsucht)

ja nein Nervenerkrankung

ja nein Grüner Star

ja nein Rheuma

ja nein Schilddrüsenfehlfunktion

ja nein Krebs - wenn ja, welcher Typ _____

ja nein Leiden Sie an einer Krankheit die hier nicht aufgeführt ist?

ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche _____

ja nein (Bei Patientinnen) Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche _____

ja nein Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

ja nein Nehmen/Nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahren Bisphosphonat (wie Fosamax, Zometa,

Xgeva, Prolia, Aclasta, Bonviva, Aredia) ein?

Wenn ja, wann? _____

ja nein Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, Falithrom, Aspirin/ Ass, Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Plavix, Heparin, Eliquis)?

ja nein Ist eine antibiotische Prophylaxe notwendig bei zahnärztlicher Behandlung notwendig (z.B. bei

Organtransplantation, künstliche Gelenke, Endokarditis)?

ja nein Bekommen Sie Spritzen oder Tabletten vom Orthopäden oder Onkologen?

ja nein Leiden Sie an Neurodermitis?

ja nein Haben Sie überdurchschnittlich viel Stress/Belastungen?

ja nein Besitzen Sie einen Pflegegrad (z.B. bei Wiedereingliederung, Behinderungen)?

Wenn ja: welche _____ (Bitte Bescheinigung vorlegen!)

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, dass ich nicht in einem Basistarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.

Ich bestätige, alle vorstehenden Hinweise vernommen zu haben und die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Sollte ich noch Fragen bezüglich dieses Bogens haben, kann ich diese jederzeit äußern.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift Pat.