



Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich und ihre Wartezeit so gering wie nötig zu gestalten, führen wir ein Bestellsystem. Trotz der sehr guten Organisation des Teams, kann es zu unvorhergesehenen, akuten und somit medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen kommen. Für die damit verbundenen Verzögerungen im Behandlungsablauf bitten wir um Verständnis. Sollte es einmal vorkommen, dass Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen. Sollte dies nicht erfolgen, so müssen wir Ihnen, gemäß §615 BGB, die Kosten der Behandlung privat in Rechnung stellen (Ausnahme ist hierbei ein unverschuldetes Nichterscheinen).

Kommen Sie als Notfallpatient (z. B. mit Schmerzen) in unsere Praxis, so werden Sie selbstverständlich auch außerhalb des Bestellsystems behandelt. In diesem Fall kann es für Sie jedoch zu Wartezeiten kommen. Sollten Sie als gesetzlich krankenversicherter Patient einmal ihre Versichertenkarte vergessen haben, bitten wir Sie, diese bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, da wir Ihnen ansonsten die angefallenen Behandlungskosten privat in Rechnung stellen müssen.

Sie haben in unserer Praxis die Wahlmöglichkeit zwischen einer kassenzahnärztlichen Behandlung über die Versichertenkarte oder einer Behandlung, welche eine Privatrechnung, gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung), ermöglicht.

Bei Fragen und Anregungen steht Ihnen unser Team sehr gerne zur Verfügung!

Patient/-in

Herr

Frau

Name:

Vorname:

Geburtstag: Geburtsort:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Email:

Mitglied // Zahlungspflichtige/-r

Name:

Vorname:

Geburtstag: Geburtsort:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Email:

Name der Krankenkasse oder Versicherung:

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)
- Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
- Ich bin privat versichert
- Ich bin nicht versichert
- Ich bin privat zusatzversichert
- Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin Basistarif-Versicherte(r)

Beruf des Mitgliedes/ Patienten:

Arbeitgeber:

Anschrift :

Ich bin auch künftig an weiteren Infos per Telefon, Email oder Post interessiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in



Allgemeine Anamnese

Um Komplikationen bei zahnmedizinischen Behandlungen zu vermeiden und um einen besseren gesundheitlichen Gesamteindruck von Ihnen zu erhalten, bitten wir Sie die im Folgenden abgefragten Informationen so genau und gewissenhaft wie möglich auszufüllen. Diese erhobenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sie werden somit streng vertraulich behandelt. Sollten sich in Zukunft hier angegebene Informationen ändern, so bitten wir Sie, diese uns unverzüglich mitzuteilen.

Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankungen (u. a. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, künstl. Herzklappe, Herzrhythmusstörungen) ja nein

Skelett-/Knochenkrankungen (u. a. Osteoporose, Gelenkerkrankungen, künstliche Gelenke, Muskelerkrankungen, Fibromyalgie) ja nein

Stoffwechselerkrankungen (u. a. Zuckerkrankheit Typ 1, Typ 2, Schilddrüsenunterfunktion,- überfunktion) ja nein

Lebererkrankungen (u. a. Fettleber, Leberzirrhose, Hepatitis A, B, C, Gelbsucht, Gallensteine) ja nein

Krankenhauskeime z. B. MRSA ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen (u.a. Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit, Gastritis, Geschwür) ja nein

Infektionserkrankungen (u. a. HIV-Infektion/AIDS, Tuberkulose, Creutzfeld-Jakob) ja nein

Nierenfunktionsstörungen (u. a. Nierensteine, Nierenentzündungen, Dialyspflicht) ja nein

Bluterkrankungen (u. a. Gerinnungsstörungen, Nachblutungen nach Operationen, häufiges Nasenbluten, blaue Flecken bei leichter Berührung) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Gefäßkrankungen (u. a. Schlaganfall, Thrombose, Durchblutungsstörungen, Krampfadern) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Atemwegserkrankungen (u. a. Asthma, Bronchitis, COPD, Lungenemphysem, Schlafapnoe, Schnarchen) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (u. a. rheumatoide Arthritis, Arthrosen, Spondylosen, Gicht, Kollagenosen) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Nerven-/Gemütskrankungen (u. a. Krampfanfälle, Lähmungen, Depressionen, Angstzustände) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Augenerkrankung (u. a. grüner Star, grauer Star, starke Einschränkung) ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Bestehen weitere/andere Erkrankungen? ja nein Wenn ja, welche?

ja nein Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein (auch die Antibabypille)?

.....
.....

Name Ihres (Haus-)arztes:

Anschrift:

Telefon:

Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein Wenn ja, welche?

Wie hoch ist Ihr Blutdruck? Niedrig (<120/80)
Normal (120/80)
Hoch (>120/80)
Ggf. aktueller Wert

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein Seit wann? Welche?

Wurde bei Ihnen eine Endoprothese implantiert? ja nein Seit wann? Welche?

Rauchen Sie? ja nein Seit wann? Welche?

Bestehen Suchtkrankheiten (u. a. Alkohol, Drogen)? ja nein Seit wann? Welche?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Seit wann? Welche?

Spezielle Anamnese

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein Seit wann?

Besteht ein Zahnfleischrückgang? ja nein Seit wann?

Haben Sie häufig einen trockenen Mund? ja nein Seit wann?

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund? ja nein Seit wann?

Leiden Sie an Halitosis (Mundgeruch)? ja nein Seit wann?

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk bemerkt (z. B. beim Kauen)? ja nein Seit wann?

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? ja nein Seit wann?

Hatten/Haben Sie eine Zahnsperre? ja nein Seit wann?

Liegt/Lag eine Unfallverletzung im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich vor? ja nein Wenn ja, wo?

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: Sind Sie mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden? ja nein Seit wann?

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Warum?

.....
.....

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Falls nein, wünschen Sie einen?

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein Falls nein, wünschen Sie eins?

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Sind Sie an unserem Prophylaxeprogramm (Zahnreinigung) interessiert? ja nein

Wünschen Sie von uns an die nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden? ja nein

Wer war Ihr bisheriger Hauszahnarzt?

Anschrift:

Telefon:

Wie/Durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

Ich bin auch künftig an weiteren Infos per Telefon, Email oder Post interessiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in