

Anmeldebogen mit Anamnese 1-2

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: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Email: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist es dann?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

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 (§254 BGB).** 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 privatärztlichen 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.

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? **O ja O nein**

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

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. Desweiteren kann es zu Gefäßverletzungen und allergischen Reaktionen kommen, bis zum Kreislaufversagen.

Unterschrift

Anmeldebogen mit Anamnese 2-2

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie!

Zahnmedizinische Anamnese

- | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Wünschen Sie über künstliche Zähne | |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | (Implantate) aufgeklärt zu werden? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Bitte nennen Sie mir nachfolgend Ihre Behandlungswünsche:

1. Mir genügt eine Grundversorgung ausschließlich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenkasse ! ja nein
2. 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
3. Sind Sie im Besitz eines vollständigen Bonusheftes ? ja nein
4. Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? ja nein
5. Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
6. Falls Sie unter Mundgeruch leiden-möchten Sie etwas dagegen tun? ja nein
7. Haben Sie darüber hinaus besondere Wünsche ? _____ ja nein
8. Möchten Sie gerne an Ihre Untersuchungs- und Zahnpflegetermine von uns erinnert werden?
Wenn ja, dann kreuzen Sie bitte an, wie: per Fax schriftlich via email

Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, warum _____ ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (überempf.) Wenn ja, welche? _____ ja nein
4. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnentfernungen stärkere Blutungen auf (z.B. bei Gerinnungsstörungen) ? ja nein
5. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schlaganfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Blutarmut(Anämie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Atemwegs-/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung(Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Grüner Star	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
HbC 1 Wert bei Diabetes unter 8 %	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (Tbc, Hepatitis A,B,C Aids/HIV, Lues, usw.)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6. Leiden Sie an einer Krankheit die hier nicht aufgeführt ist? _____ ja nein
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche _____ ja nein
8. Besteht bei Ihnen zur Zeit Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche _____ ja nein
9. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
10. Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonat-Präparate (z.B. bei Osteoporose) ein?
Wenn ja, wann? _____ ja nein
11. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Marcumar, Ass, Pradaxa, Xerlto, Plavix ja nein

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

Ich bestätige, dass ich nicht in einem PKV Basistarif 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.

Unterschrift