

Ihr Wohlbefinden ist uns wichtig. Deshalb möchten wir Ihre Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen.

Für einen möglichst reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und den folgenden Patientenbogen auszufüllen.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

PATIENT

Name|Vorname _____ Geburtsdatum _____

VERSICHERTER

Name|Vorname _____ Geburtsdatum _____

ANSCHRIFT

Straße _____ PLZ|Wonort _____

KONTAKT

Telefon Privat _____ Geschäftlich _____

Mobil _____

Geschäftlich _____

E-Mail _____

KRANKENKASSE _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert Privatversichert Private Zusatzversicherung Beihilfe

Wichtige Hinweise:

Sozialversicherte Patienten bitte ich, vor Behandlungsbeginn die Krankenversichertenkarte vorzulegen.

Falls Sie dies nicht können, bitte ich Sie, die Karte spätestens 3 Tage nach der Behandlung nachzureichen, andernfalls können die Behandlungskosten privat (nach GOZ) in Rechnung gestellt werden.

Die Liquidation von Behandlungen privatversicherte Patienten erfolgt nach den Bestimmungen der GOZ 2012 (Gebührenordnung für Zahnärzte 2012). Bei Erstattungsschwierigkeiten wird auf die Prüfung der Liquidation durch die Bayer Landes Zahnärztekammer verwiesen.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir stehen Ihnen in der mit Ihnen vereinbarten Zeit zur Verfügung. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24h vorher abzusagen. Andernfalls kann Ihnen die Behandlungszeit analog GOÄ 24/2c in Rechnung gestellt werden.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Persönliche Empfehlung von: _____ Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges

2. RISIKOANAMNESE

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden können.

Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.)

Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck...)

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.)

Blutgerinnungsstörung

Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie...)

Schwangerschaft (Monat) Stillzeit (Monat)

Allergien, Arzneimittelempfindlichkeiten, welche?

Medikamenteneinnahme, welche?

3. ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja Nein, weil _____ Neutral

Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- sich Ihre Zähne schnell verfärben
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

Ist Ihnen in letzter Zeit aufgefallen, dass...

- Sie mit Ihren Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschschine? Nein Ja, seit _____
- Ihre Kiefergelenke knacken?
- Sie Ohrgeräusche haben?
- Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?
- Sie Verspannungen im Bereich von Gesicht- und Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden? _____

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja. Zeitraum: _____

Schnarchen Sie? Nein Ja

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Änderung meines Gesundheitszustandes oder meiner Medikation teile ich der Praxis unverzüglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient