

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen (mindestens 50 €). Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Persönliches

| | | |
|------------------|---------------|------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| | | |
| Straße | PLZ, Ort | |
| | | |
| Telefon Festnetz | Telefon Mobil | |
| | | |
| E-Mail | | |

Versicherung

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Wie sind sie versichert? | Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> | Privat versichert | <input type="checkbox"/> |
| | Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

| | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> | Im Vorbeigehen | <input type="checkbox"/> | Überweisender Arzt | <input type="checkbox"/> |
| Internet | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | | | |

Service

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit sich von uns an Ihren Termin oder an die alljährliche Kontrolle (Recall) erinnern zu lassen.

| | | | | |
|-------------|------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Wählen Sie: | Terminerinnerung | <input type="checkbox"/> | Recall | <input type="checkbox"/> |
| | Per SMS | <input type="checkbox"/> | E-Mail | <input type="checkbox"/> |



Eigene Dokumente: Anamnesebogen ZA Erwachsene 04.06.2019

anamnesebogen za erwachsen 04.06.2019

Name: _____

Vorname: _____

| | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatische Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| Infektionskrankheiten: | | |
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | | |

Nehmen Sie Medikamente

Wenn ja, welche?

| | | |
|--------------------------|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Herzmedikamente: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cortison: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzmittel: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Antidepressiva: | _____ |
| <input type="checkbox"/> | blutverdünnende Medikamente | _____ |
| | (z.B. ASS, Marcumar, Heparin): | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige: | _____ |

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche: _____

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ | |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

| Verantwortlich | Geltungsbereich | letzte Änderung von | am | Status | Version | Termin | Seite |
|----------------|-----------------|---------------------|------------|-------------|---------|------------|-------|
| Inhaber | Praxis | MB | 08.06.2021 | freigegeben | 1.1.1 | 08.05.2023 | 2 / 2 |