

## Personalien



Dr. Johannes Thom  
Dr. Christoph Niesel

## Zahnärzte

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Deine zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Deinen Personalien auch Auskünfte über Deinen allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat / Mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail

#### Hauptversicherter

Ehegatte  Vater/Mutter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

#### Krankenkasse / Krankenversicherung

gesetzlich versichert, Name und Ort der Krankenkasse

freiwillig versichert, Name und Ort der Krankenkasse

privat versichert, Name der Versicherung

ich habe eine private Zusatzversicherung

ich wünsche Privatbehandlung

ich wünsche Behandlung über Krankensichertenkarte

ich bin beihilfeberechtigt

ich wünsche Behandlung nach Basistarif

#### Hinweise zur Organisation

Wir werden falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Falls Sie damit einverstanden sind, möchten wir Sie bitten, die nachfolgende Vereinbarung sorgfältig zu lesen und danach zu unterschreiben.

**Wir sind eine Bestellpraxis:** Mir ist bekannt, dass der Termin extra für mich freigehalten wird und es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig, das heißt, spätestens 48 Std. vor dem Termin, absage, damit noch die Möglichkeit besteht, Ersatzpatienten einzubestellen. Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, bin ich verpflichtet, die Kosten für die an diesem Tag geplante Behandlung zu bezahlen, wobei anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde (§ 615 BGB).

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Zahnarzt

## Allgemeine Fragen



Dr. Johannes Thom  
Dr. Christoph Niesel

**Zahnärzte**

Patient \_\_\_\_\_ Patientenummer \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wann waren Sie das letzte Mal in einer zahnmedizinischer Behandlung?

- Haben Sie zur Zeit Schmerzen?
- Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?
- Wünschen Sie nur eine Behandlung der momentan vorhandenen Beschwerden?

### Fragen zur Mundhygiene bei Ihrem Kind:

#### Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt:

- vom Kind allein
- mit Hilfe der Eltern
- nur von den Eltern
- <1 mal täglich
- 1 mal täglich
- >1 mal täglich

#### Wie/womit werden die Zähne geputzt?

- von Hand
- elektrisch
- Zahncreme mit Fluorid
- Zahncreme ohne Fluorid

#### Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich?

- Fluorelten
- Fluorid-Gel
- fluoridiertes Speisesalz
- fluoridhaltige Mundspülung

### Folgende Fragen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen oder im Standardtarif der Privaten Krankenkassen Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als Patient Anspruch auf eine Behandlung habe, die die Kriterien "ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das notwendige Maß nicht überschreitend" erfüllt. Wünschen Sie darüber hinaus weitere Informationen hinsichtlich moderner und qualitativ hochwertiger zahnmedizinischen Behandlungsmethoden und Versorgung, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

- ja
- nein

Mit aufeinander abgestimmten Behandlungsmethoden können Zähne und Zahnfleisch dauerhaft erhalten werden. Mit unserem Vorbeugeprogramm können wir Ihnen helfen, Zahnschäden und Zahnbetterkrankungen künftig **sicher** zu vermeiden. Wünschen Sie deshalb mehr über unser intensives Karies- und Parodontoseprophylaxeprogramm zu erfahren?

- ja
- nein

# Anamnesebogen



Dr. Johannes Thom  
Dr. Christoph Niesel

**Zahnärzte**

Patient \_\_\_\_\_ Patientennummer \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

- Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderungen, etc.)?

Wenn ja, welche?

- Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wegen welcher Erkrankung?

Behandelnder Arzt:

- Ist Ihr Kind zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?

Behandelnder Arzt:

- Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen, Finger

Schnuller

Sonstiges:

- Hat sich Ihr Kind schon einmal an den Zähnen und / oder im Kopf- / Mundbereich verletzt?

Wenn ja, wann und wo?

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (auch Homöopathische) ein?

Wenn ja, welche?

- Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen?

Wenn ja, welche?

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg. (Zur Bestimmung der Maximaldosis bei Betäubungsmitteln)

## Ernährung bei Kindern

### Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tee      | <input type="checkbox"/> Brot       |
| <input type="checkbox"/> Kakao    | <input type="checkbox"/> Müsli      |
| <input type="checkbox"/> Milch    | <input type="checkbox"/> Marmelade  |
| <input type="checkbox"/> Obstsaft | <input type="checkbox"/> Nutella    |
| <input type="checkbox"/> Limonade | <input type="checkbox"/> Käse/Wurst |

oder:

oder:

### Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> belegtes Brot | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Obst          | <input type="checkbox"/> Chips  |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten   |                                 |

oder:

### Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser   | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Limonade | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Obstsaft |                                |

oder:

### Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen?

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_