

Personalien



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren 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

Beruf

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 Krankenkassenticket

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



Patient _____ Patientennummer _____

Zahnärzte

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?
- Wurde bei Ihnen jemals eine Parodontalbehandlung durchgeführt?
- Leiden Sie an Mundgeruch?
- Schnarchen Sie oder leiden Sie an Schlafapnoe (Atemaussetzer)?

Fragen zur Zahnreinigung

- Verwenden Sie außer der Zahnbürste weitere Hilfsmittel zur Zahnreinigung?

Wenn ja, welche _____

- Möchten Sie Ihre Mundhygiene verbessern?
- Wenn es Putztechniken gibt, die speziell auf Ihr Gebiss abgestimmt sind, würden Sie diese erlernen wollen, auch wenn es anfangs schwer fällt?

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. Christop Niesel

Patient _____ Patientennummer _____

Zahnärztle

Gab es bei früheren zahnärztlichen oder ärztlichen Behandlungen ernsthafte Zwischenfälle?
Wenn ja, welche?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wegen welcher Erkrankung? _____ Behandelnder Arzt: _____

Welche Medikamente (auch Homöopathische) nehmen Sie regelmäßig ein?

Körpergewicht _____ kg (zur Bestimmung der Maximaldosis bei Betäubungsmitteln)

Allergien

- Nahrungsmittel
- Materialien (z.B. Latex): _____
- Medikamente: _____
- Allergiepass

Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher,
- Herzklappenersatz, -defekt
- Herzmuskelentzündung

Infektionskrankheiten

- Gelbsucht
- Leberentzündung/Hepatitis:
 A B C
- Tuberkulose
- AIDS / HIV
- Lungenentzündung, Bronchitis
- Herpes labialis oder Aphthen

Für Frauen

- Sind Sie schwanger?
In welcher Woche?
- Nehmen Sie orale Antikontrazeptiva („Pille“) ein?

Kreislaufkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Durchblutungsstörungen
- blutverdünnende oder blutgerinnungshemmende Medikamente

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen- und Darmerkrankung
- Sodbrennen, Magengeschwür
- Schilddrüsenerkrankung
- Knochenschwund (Osteoporose)
- Leberzirrhose
- Gicht
- Nierenleiden

Vegetative Erkrankungen

- Neigung zu Ohnmachtsanfällen
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel
- drogen- oder alkoholabhängig

Bluterkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut
- Nachbluten nach Operationen

Nervenerkrankungen

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Trigemineuralgie

Sonstige Erkrankungen:

Knochen

- In der Vergangenheit oder zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt
Wann? _____
Wieso? _____

Röntgen

- Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-, Hals- oder Zahnbereich aufgenommen?

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich pro Tag:

- MRSA** (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)

Ort / Datum _____

Unterschrift Patient _____