

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
 Tel. privat _____ Tel. mobil _____
 E-Mail _____ Beruf _____
 Tel. Arbeitgeber _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____
 gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
 Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____
 Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte mindestens 24 Stunden vorher mit. Ansonsten müssen wir Ihnen gegebenenfalls die Ausfallzeit in Rechnung stellen.
 Wir weisen Sie darauf hin, dass seit dem 1.1.2002 unsere Rechnungsstellung ausschließlich über die privatärztliche Verrechnungsstelle Reiss in 78224 Singen erfolgt. Es entstehen Ihnen hierdurch selbstverständlich keine Nachteile.

Für Privatpatienten

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen Gebührensatz abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
 auf Empfehlung meines Hauszahnarztes auf Empfehlung von Bekannten Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Überweisung von _____
 Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein
 Möchten Sie unseren monatlichen Praxisnewsletter per E-Mail erhalten? ja nein
 Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Wenn ja, per E-Mail SMS Post telefonisch
 Möchten Sie von uns über bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein

- bitte wenden -

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
 neuen Zahnersatz
 Schmerzbehandlung
 „zweite Meinung“
 andere Gründe: _____

Wünschen Sie eine ...

- Beratung zu Implantaten? Beratung Zahnästhetik?
 Beratung zu professioneller Zahnreinigung und Mundhygiene? Beratung zur Korrektur der Zahnstellung mit unsichtbaren Zahnschienen?

Wie zufrieden sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne?

- gar nicht sehr
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie akute Schmerzen?

- ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
 Zähne reagieren auf süß / sauer
 Manche Zähne sind temperaturempfindlich
 Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
 Zähne schmerzen auch ohne Belastung
 Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
 Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Nackenschmerzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Migräne | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fallsucht (Epilepsie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Tumorerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischrückgang | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| gelockerte Zähne | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Besitzen Sie einen Allergypass? ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, ASS?
 Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Bisphosphonate andere Medikamente:

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Wenn ja, gegen welche? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja nein

Neigen Sie zu Blutungen? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja nein

Befinden Sie sich momentan in ja nein

ärztlicher Behandlung?

Befinden Sie sich in physiotherapeutischer/ ja nein

orthopädischer Behandlung?

Wenn ja wann war diese Behandlung? _____

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen angefertigt? _____

Fragen / Anmerkungen:

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.



Datum / Unterschrift