

Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis ausgewählt haben und uns Ihre Gesundheit anvertrauen.

Bitte erschrecken Sie nicht vor der Vielzahl von Fragen! In Ihrem Interesse bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen – bei evtl. Fragen helfen wir gerne.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Patient	Versicherter (nur falls anders als Patient)
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsname:	
Geburtsort:	
geb.:	geb.:
Straße:	Straße:
PLZ : Ort:	PLZ : Ort:
Telefon privat: Fax:	Telefon privat: Fax:
Arbeitgeber:	Telefon geschäftl.: Fax:
Beruf:	
Telefon geschäftl.: Fax:	mail:

Versicherung	
privat versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche
Vers.:	
Basis-/Standardtarif	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
freiwillig versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche
Krankenkasse :	
pflichtversichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche
Krankenkasse :	
privat zusatzversichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Vers.:
.....	
beihilfeversichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Praxis für Zahnheilkunde Dr. Frank Müller

bitte wenden



Terminservice für unsere Patienten aus der näheren Umgebung:

Wir bieten auf Wunsch den Service, dass wir Sie an einer von Ihnen angegebenen Rufnummer etwa 30 Min. vor Ihrem Termin über kurzfristige Terminüberschreitungen, die aus fachlichen Gründen (z.B. Schmerzfall) vorkommen können, informieren, so dass für Sie selbst auch kurze Wartezeiten nahezu ausgeschaltet bleiben. Terminservice: ja nein ; wenn ja Rufnummer :

Wir interessieren uns für Ihre Wünsche:

Wünschen Sie bei jeder (möglich. schmerzhaften) Behandlung eine örtl. Betäubung ? ja nein

Möchten Sie in unser individuelles Erinnerungssystem (Recall) für Kontrolluntersuchungen aufgenommen werden ? ja nein

Sind Sie an zahnärztlicher Prophylaxe interessiert, auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden ? ja nein

Wünschen Sie bei Notwendigkeit die Berücksichtigung Ihrer Kieferbewegungsfunktion, auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden ? ja nein

Wünschen Sie eine Behandlung auf dem neuesten Stand der fachlichen Möglichkeiten, auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden ? ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen (entsprechend Schulnoten 1-6).....

Wichtige Hinweise:

Wir möchten an dieser Stelle dringend darauf hinweisen, dass nach örtlicher Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Durch Ihre Terminvereinbarung mit uns, wird für Sie in der Regel ein bestimmter Zeitraum exklusiv reserviert. Ihr Vorteil ist, daß Sie daher kaum Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und wir uns voll auf Ihre Behandlung konzentrieren können! Daher ist es sehr wichtig, dass Sie pünktlich zu Ihrem Termin erscheinen.

Terminabsagen sind bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin nicht kostenpflichtig. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei kurzfristiger Terminstornierungen (innerhalb von 24 Std.), Ihre reservierte Behandlungszeit, insofern wir diese nicht an andere Patienten weiterreichen können, unter Umständen mit dem vollen Praxisstundensatz berechnen müssen.

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine Krankenversicherungskarte oder ein Zahnbehandlungsschein einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

Datum : Unterschrift :



Gesundheitsfragebogen

Patientenname: geb.:

leiden Sie an:

Herz/Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck ja nein
 Herzklappendefekt ja nein
 Herzklappenersatz ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Endocarditis/Myocarditis ja nein

Infektionserkrankungen

Hepatitis ja nein
 HIV/AIDS ja nein
 Tuberkulose / Andere ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten (falls Allergiepaß vorhanden, bitte zeigen Sie ihn uns)

Lokalanästhesie ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Metalle ja nein
 Latex ja nein
 Sonstige ja nein

Weitere Erkrankungen

Krampfleiden (Epilepsie) ja nein
 Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
 Blutgerinnungstörungen ja nein
 Diabetes ja nein
 Nierenerkrankungen ja nein
 Osteoporose ja nein
 Augenerkrankungen ja nein
 psychische Erkrankungen ja nein
 Suchtleiden ja nein
 sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? ja nein ; wenn ja welche :

- Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren einer Operation unterziehen müssen ? ja nein

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Praxis für Zahnheilkunde Dr. Frank Müller

bitte wenden



Welcher ?.....

- Wurden bei Ihnen Strahlenbehandlungen durchgeführt ? (z.B. Tumorbehandlung) ja nein
- Haben Sie sich jemals einer Tumorbehandlung unterziehen müssen ? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine Organverpflanzung vorgenommen ? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Senkung Ihrer Abwehrkräfte ? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate für Ihren Knochenstoffwechsel ? ja nein
- Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt ?
- Röntgenpaß vorhanden ? ja nein
- Wurden bei Ihnen andere bildgebende Verfahren im Schädelbereich durchgeführt ja nein
- besteht eine Schwangerschaft ? ja nein unsicher , wenn ja, welcher Monat:
- Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen / Migräne ? ja nein
- Waren Sie regelmäßig in zahnärztlicher Behandlung ? ja nein
- Bestand oder besteht bei Ihnen Zahnfleischbluten ? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine Parodontitis(Zahnfleisch)behandlung durchgeführt? ja nein
- Wenn ja – wann?
- Beobachten Sie Zahnwanderungen ? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt ? ja nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen ? ja nein
- Pressen Sie mit den Zähnen mit den Lippen mit der Zunge ? ja nein
- Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz ? (z.B. Kronen u. Brücken) ja nein
- Im Oberkiefer ? seitJahren Im Unterkiefer ? seitJahren
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz ? z.B. Prothesen ja nein
- Im Oberkiefer ? seitJahren Im Unterkiefer ? seitJahren

Hausarzt :

vorbehandelnder Zahnarzt :

Kommen Sie durch eine Empfehlung/Überweisung ? :

Ich werde Änderungen dieser Angaben während der bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen mitteilen.

Neuss, den

Unterschrift: