



Der Zahnarzt in Ihrer Nähe

### 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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient

##### Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

##### Hauptversicherter

(falls der Patient  
nicht selbst der  
Hauptversicherte ist)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

##### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Handy Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

##### Name der Krankenkasse oder Versicherung

\_\_\_\_\_

##### Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe?

Ja  Nein

##### Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

##### Ausgeübter Beruf/Funktion

\_\_\_\_\_

##### Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten)

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem ersten Besuch im Quartal in der Praxis. Liegt sie uns, auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

##### Für privat versicherte Patienten (Privatpatienten)

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn Ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Haben Sie ein max. Budget pro Jahr? Wenn Ja, wie viel: \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Gibt es für Sie versicherungstechnische Gründe,

warum Sie auf die Kosten besonders achten sollten?

Ja  Nein

Wenn ja. Bitte genau erläutern, damit wir diese berücksichtigen können, falls eine Behandlung notwendig ist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### Für alle Patienten

Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden. Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Termin- und Reiseplanung zu berücksichtigen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Wichtige Hinweise

- **Betrachten Sie sich als „Angstpatient“?**  Ja  Nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, WAS Sie von uns erwarten und WIE Sie am liebsten möchten, dass wir mit Ihnen umgehen. Z.B. manche haben es lieber, wir sprechen das Thema Angst gar nicht an. Andere wünschen sich genau das Gegenteil. Wenn Sie zum ersten Mal zu uns kommen, erhalten Sie diesen Anmeldebogen zum Ausfüllen, damit wir Sie besser kennen lernen. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“. Vielen Dank.

---

---

---

---

---

- **Abrechnungszentrum:**

Wir arbeiten mit der DZR zusammen, dem größten Abrechnungszentrum in Deutschland. Dies bringt für Sie als Patient viele Vorteile, da die DZR Sie bei strittigen Fragen bei Ihrer Krankenkasse mit dem Gewicht eines großen Abrechnungszentrums kostenfrei unterstützen kann. Darüber hinaus haben Sie dadurch nahezu unbegrenzte **Finanzierungsmöglichkeiten**, mit bis zu 48 Raten ab 50 Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Ratenzahlung haben.

- **Bonitätsprüfung**

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren als auf die Stellung von Rechnungen und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den ganzen Bereich Abrechnung an die DZR übertragen. D.h., dass jeder unserer Patienten seine privaten Rechnungen direkt von der DZR erhält und an die DZR bezahlt. Dafür muss die DZR von jedem unserer Patienten die Bonität prüfen. Wir bitten um Verständnis, dass falls Ihre Bonitätsprüfung negativ ausfallen sollte, wir Sie nicht behandeln können.

- **Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine:**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an Patienten auf eine Warteliste anbieten, die sonst länger warten müssten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen und ohne Vorlage eines Krankenscheins auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100 Euro** pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen.

Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, müssen allerdings in das Bestellsystem eingebunden werden – dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir Sie auch um Verständnis.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Aufnahmebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung:** Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wogegen/wofür? \_\_\_\_\_

**Allergien:** Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie?  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  nein

**Herzerkrankungen:** Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit?  Ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Wurden Sie am Herz operiert?  Ja  nein

**Kreislaufferkrankungen:** Zu hoher Blutdruck?  Ja  nein  
Zu niedriger Blutdruck  Ja  nein  
Herzinfarkt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja  nein  
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Macumar-Patient?)  Ja  nein  
Ohnmachtsanfälle?  Ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen:** Zuckerkrankheit (= Diabetes)? Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_  Ja  nein  
Seit wann bekannt? \_\_\_\_\_  
Magen-Darmerkrankungen?  Ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  nein

**Erkrankungen des Nervensystems:** Epilepsie?  Ja  nein  
Krämpfe?  Ja  nein

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (= Hämophilie)?  Ja  nein  
Blutarmut (= Anämie)?  Ja  nein

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C) . Welche? \_\_\_\_\_  Ja  nein  
Tuberkulose?  Ja  nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.?  Ja  nein  
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  Ja  nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:** Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  nein

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt?  Ja  nein  
Wenn ja, welches Körperteil? \_\_\_\_\_  
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

**Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  Ja  nein

**Allgemein:** Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben eingegeben ist? (z.B. Asthma, Glaukom, Nierenerkrankung...) Welche? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.  
Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

**Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Beratungsbogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine auf Sie persönlich abgestimmte, individuelle Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie jetzt oder gelegentlich Zahnschmerzen? Wenn ja, welche? Seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne jeden Tag?  weniger als einmal pro Tag  einmal  zweimal  dreimal
2. Verwenden Sie täglich Zahnseide nach dem Zähneputzen?  Ja  nein
3. Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal?  Ja  nein
4. Sind Ihre Zähne sensibel wenn Sie heiße oder kalte Speisen zu sich nehmen?  Ja  nein
5. Leiden Sie regelmäßig unter Mundgeruch?  Ja  nein
6. Haben Sie Befürchtungen, in einen knackigen, harten Apfel zu beißen?  Ja  nein
7. Naschen Sie regelmäßig Schokolade oder andere Süßigkeiten?  Ja  nein
8. Leiden Sie in letzter Zeit unter entzündetem Zahnfleisch mit Schwellung oder Eiterung?  Ja  nein
9. „Knackst“ Ihr Kiefergelenk?  Ja  nein
10. Stört Sie zurzeit irgendetwas in Ihrem Mund (besonders für Prothesenträger)?  Ja  nein  
Wenn ja, was? \_\_\_\_\_
11. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Zähne zu „locker“ sind?  Ja  nein
12. Haben Sie einen beständigen Hustenreiz?  Ja  nein
13. Haben Sie Rückenschmerzen?  Ja  nein
14. Stört Sie die Form Ihrer Zähne?  Ja  nein
15. Stört Sie die Farbe Ihrer Zähne?  Ja  nein

## Hätten Sie gerne Informationen von Ihrem Zahnarzt zu den folgenden Themen:

- Zahnerhalt statt Zahnersatz
- einfühlsame, schmerzfreie Behandlung
- Behandlung unter Vollnarkose
- Professionelle Zahnreinigung („PZR“) u. a. durch schonende Entfernung der Zahnbeläge mit Airflow®
- Individuelle Aufklärung für eine bessere Mundhygiene
- Amalgamaustausch, Amalgamsanierung und Alternativmaterialien
- Lumineers („Hollywood Smile“)
- Ästhetische Zahnbehandlung: schöne, weiße, metallfreie, vollkeramische Versorgung
- Bleaching (Zahnfarbtaufhellung – „weiße Zähne“)
- Bioverträgliche Implantate, d.h. festsitzender Zahnersatz trotz Zahnverlust
- Laserbehandlung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen/Prophylaxetermine erinnert werden? Zögern Sie nicht, Ihren Zahnarzt oder unsere Helferinnen darauf anzusprechen.  Ja  nein

Erinnerung:  per Telefon  per SMS – Ihre Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  per E-Mail: \_\_\_\_\_