



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen.

Bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen (Adresse, Versicherungsverhältnis, Gesundheitszustand u.a.) **umgehend** mit!

Die mit „*“ markierten persönlichen Angaben sind freiwillig.

Patienteninformationen:

Nachname des <u>Patienten</u>	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort	
Telefon privat (*)	Telefon dienstlich (*)
Mobiltelefon (*)	Email-Adresse (*)
Bei minderjährigen Patienten – besteht ein geteiltes Sorgerecht?	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Krankenkasse / Krankenversicherung	

Versicherteninformationen:

(Versicherteninformationen entsprechen Patienteninformationen)

Nachname des <u>Versicherten</u>	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort	
Telefon privat (*)	
Mobiltelefon (*)	Email-Adresse (*)
Beruf / Arbeitgeber (*)	Telefon dienstlich (*)

Versicherungsstatus:

<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Vollversichert	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	

(*) freiwillige Angabe

Weiterführende Informationen (*):

Überwiesen durch
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit besonders gewissenhaft, um möglichen Komplikationen vorzubeugen. Falls Sie diese Fragen stellvertretend für den Patienten (z.B. Ihr Kind) beantworten, beziehen Sie sich auf dessen Gesundheitszustand.

Bitte informieren Sie uns unbedingt **vor** (!) jeder Behandlung, wenn sich inzwischen gesundheitliche Veränderungen ergeben haben. Lassen Sie sich dazu auch diesen Fragebogen erneut vorlegen.

1. Sind Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, weshalb _____

Name Ihres behandelnden Arztes/Hausarztes _____

2. Nehmen Sie dauernd oder häufiger Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche? _____

3. Wurden bei Ihnen im letzten Jahr bei einem anderen Kollegen / Kollegin Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht? nein ja

Wenn ja, Name des Zahnarztes _____

Nach der neuen Röntgenverordnung müssen wir Ihre Original-Röntgenaufnahmen 10 Jahre in unserer Praxis aufbewahren. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen diese deshalb nicht aushändigen können. Für eine Bearbeitungsgebühr von 15 Euro erstellen wir Ihnen aber gerne eine brauchbare Kopie. Oder der nachbehandelnde Zahnarzt / Arzt fordert Ihre Röntgenunterlagen schriftlich bei uns an.

4. Hatten oder haben Sie folgende Gesundheitsstörungen?

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| a) zu hohen Blutdruck | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | b) zu niedrigen Blutdruck | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| c) Herzleiden | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | d) Herzschrittmacher | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| e) Tuberkulose | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | f) andere Lungenerkrank. | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| g) Blutkrankheit | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | h) Nierenleiden | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| i) Schilddrüsenerkrank. | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | j) Lebererkr. (Hepatitis?) | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| k) Zuckerkrankheit | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> | l) Anfallsleiden (Epilepsie) | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |
| (aktueller HbA1c-Wert _____) | | sonst. Erkrankungen | nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> |

Wenn ja, bitte angeben _____

5. Besteht ein Pflegegrad? nein ja - wenn ja, welcher? _____

Betreuung durch welchen Pflegedienst? _____

6. Sind bei Ihnen bei Verletzungen oder zahnärztlichen Behandlungen länger anhaltende, stärkere Blutungen aufgetreten (erhöhte Blutungsneigung)? nein ja

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar/ INR-Wert?) nein ja

Wenn ja, welche _____

7. Sind Sie HIV-positiv oder AIDS-positiv? nein ja

8. Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente)? Falls Allergiepass vorhanden, legen Sie uns diesen bitte vor! nein ja

Wenn ja, welche? _____

9. Hatten Sie Komplikationen nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen? nein ja

10. Besitzen Sie einen künstlichen Gelenkersatz (z.B. Hüfte, Knie)? nein ja

Wenn ja, seit wann? _____

11. Für weibliche Patientinnen: Sind Sie schwanger? nein ja

Wenn ja, wann ist Ihr Entbindungstermin: _____

12. Unsere Behandlungsstühle haben unterschiedliche maximal zulässige Höchstbelastungsgrenzen. Sollten Sie über 140 kg wiegen, geben Sie bitte Ihr momentanes Gewicht an, damit wir einen geeigneten Behandlungsstuhl für Sie auswählen können.

_____ kg

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie nachfolgende Probleme oder beobachten Sie an sich diese folgenden Auffälligkeiten:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| - <input type="radio"/> empfindliche Zähne (heiß/kalt) | - <input type="radio"/> Probleme beim Kauen |
| - <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | - <input type="radio"/> Zahnfleischwund |
| - <input type="radio"/> knirschen oder pressen Sie, haben Sie eventuell bereits eine „Schiene“ bekommen | |
| - <input type="radio"/> Kiefergelenkprobleme, - knacken | - <input type="radio"/> Kopf-, Nackenschmerzen |
| - <input type="radio"/> Mundgeruch, schlechter Geschmack | - <input type="radio"/> rauchen Sie, wenn ja, wie viel |
| - <input type="radio"/> sonstiges _____ | |

Hatten Sie Komplikationen nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen? nein ja

Bitte beschreiben Sie kurz den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis

- Vorsorgeuntersuchung, Kontrolle
- Schmerzbehandlung
- Sonstiges _____

Sind Sie mit Ihrer Zahn-, Mundsituation zufrieden bzw. was stört Sie (z.B. Zahnstellung, Zahnfarbe, verfärbte Kronen-, Füllungsänder)? _____

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden? nein ja

Bitte wenden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ähnlich einer ärztlichen Behandlung bedarf auch die Behandlung durch den Zahnarzt Ihrer Einwilligung. Dazu müssen Sie wissen, welche Behandlungsmaßnahmen wir aufgrund Ihres Befundes und Ihrer Untersuchung planen und welche anderen Behandlungsalternativen in Betracht kämen. Fragen Sie uns nach allem, was für Ihre Entscheidung von Bedeutung ist.

Über spezielle operative Eingriffe werden Sie gesondert aufgeklärt.

Als gesetzlich versicherter Patient bringen Sie uns bitte Ihre **Krankenversicherungskarte** unbedingt bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn, in den letzten Tagen des Quartals bitte jeweils sofort, da ansonsten eine private Rechnungslegung nach GOZ erfolgen muss.

Bitte beachten Sie unbedingt: Wir führen eine **Bestellpraxis** mit Terminen nach Vereinbarung, in dem Bemühen Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, d.h. die festgelegte Behandlungszeit ist **nur für Sie** reserviert. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine unbedingt mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen den nicht eingehaltenen Termin mit 90 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen (§§ 304, 615 BGB).

Bedenken Sie bitte, dass wir Patienten, die uns mit Schmerzen oder nach einem Unfall aufsuchen, in das Bestellsystem einbinden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ihre Zahnärztin

Sabine Tischner und ihr Team

Bestätigung und Unterschrift des Patienten:

Ich habe das Merkblatt gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Die Gesundheitsfragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. der Eltern (bei Minderjährigen)

Bitte beachten Sie unbedingt noch die umseitigen wichtigen Informationen, die wir Ihnen gerne auch als separate Kopie aushändigen können.

Wichtiger Hinweis:

Solange die Wirkung von zahnärztlichen Spritzen, Schmerz- oder Beruhigungstabletten anhält, kann die Reaktionsfähigkeit, Sicherheit und Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sein.

Mögliche Komplikationen:

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, die Sie eventuell schon von früheren Behandlungen her kennen (z.B. Bohren, Schleifen, Zahnziehen etc.). Trotz allergrößter Sorgfalt kann es beim Zusammentreffen ungünstiger Umstände zu Komplikationen kommen. Die wichtigsten werden nachstehend aufgeführt:

Ist die Behandlung vermutlich schmerzhaft, so wird sie meist in örtlicher Betäubung (lokale Infiltrations- oder Leitungsanästhesie) durchgeführt. In äußerst seltenen Fällen können durch Einspritzung des Betäubungsmittels Nerven geschädigt werden (z.B. der Unterkiefernerv bis zur Lippe oder der Zungennerv) Die dadurch verursachte, länger andauernde Gefühllosigkeit oder Missempfindung im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Extrem selten sind schwerwiegende Unverträglichkeits-, oder Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel im Bereich Herz und Kreislauf.

Blutungen und Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen. Komplikationen können sich jedoch bei Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörungen, Medikamente) ergeben.

Allgemeinerkrankungen, z.B. Zuckerkrankheit oder Infektionskrankheiten, können Wundheilungsstörungen begünstigen.

Nach operativen Eingriffen sollten Sie mindestens drei Tage nicht rauchen, da Nikotin als Zellgift die Wundheilung verschlechtert.

Mehrkostenregelung bei Füllungen:

am 01.11.1996 ist eine gesetzliche Änderung in Kraft getreten, wonach sozialversicherte Patienten die Möglichkeit haben, bei Zahnfüllungen eine über die Vertragsleistung ihrer Krankenkasse hinausgehende Versorgung zu wählen, wobei sie, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Mehrkosten selbst zu tragen haben.

Diese Regelung gilt für alle außervertraglichen, notwendigen Füllungen sowohl im Front- wie auch im Seitenzahnbereich. Außervertragliche Füllungen sind insbesondere laborgefertigte Füllungen, wie z.B. Inlays aus Gold oder Keramik sowie die modernen Kunststofffüllungen, die nach der Adhäsivmehrschichttechnik direkt vom Zahnarzt im Mund des Patienten gelegt werden.

Letztere werden von uns in der Regel zur Versorgung kleinerer Zahndefekte verwendet.

Da die von Ihnen zu tragenden Mehrkosten relativ gering sind, je nach Größe ca. 16 - 65 Euro pro Zahn, werden wir dies mit Ihnen direkt während der Behandlung besprechen und vereinbaren.

Für alle aufwändigeren und teureren Versorgungen erhalten Sie selbstverständlich vorab einen detaillierten Kostenvoranschlag.

Sollten Sie jedoch ausschließlich kostenneutrale, zuzahlungsfreie Füllungen (Amalgam-, Zement-, Compomerfüllungen) wünschen, so sagen Sie uns das bitte **vor** (!) der jeweiligen Behandlung.