

Anmeldebogen

Name: _____ **Titel:** _____
Vorname: _____ **Geboren am:** _____
Straße Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ **E-Mail:** _____
Versicherung: _____ **Zahnezusatzversicherung:** _____
Beruf: _____ **Arbeitgeber:** _____
Dienstnr.: _____
 auf wessen Empfehlung kommen Sie: _____

Welches Anliegen führt Sie in unserer Praxis?

Aktuell: _____
Langfristig: _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Ja nein
Hätten Sie gerne weißere Zähne? Ja nein
Kommen Sie mit vorhandenem Zahnersatz gut zurecht? Ja nein

Was könnte Ihrer Meinung nach an Ihren Zähnen verbessert werden?

Legen Sie Wert auf Informationen über:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Implantate / Keramikimplantate | <input type="radio"/> Metallfreier Zahnersatz | <input type="radio"/> Kiefergelenksprobleme |
| <input type="radio"/> Kariesvorsorge | <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Lasertherapie |
| <input type="radio"/> Biologische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Gold-/Keramik-Inlays | <input type="radio"/> Zahnaufhellungen |
| <input type="radio"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> Amalgamsanierung | <input type="radio"/> Mundgeruch |
| <input type="radio"/> Schnarchen | <input type="radio"/> Zähneknirschen | <input type="radio"/> Wurzelbehandlungen |
| <input type="radio"/> Parodontosevorsorge | | |

Recall-System- Erinnerungsservice:

Private Versicherer gehen dazu über, ihre Erstattungen danach auszurichten, ob Ihre Kunden regelmäßig Kontroll- u./o. Prophylaxeuntersuchungen wahrnehmen. Wir haben daher für Sie ein Recall-System eingerichtet, in dem wir Sie an ihren Kontroll- bzw. Vorsorgetermin erinnern.

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? Ja nein
 per Telefon Email

Nur für Privatpatienten

Für die Zahnarztpraxis ist für zu erbringende Behandlungsleistungen die Kenntnis über den Versichertenstatus notwendig, da im Basistarif nur Leistungen beinhaltet sind wie in der GKV. Hiermit erkläre ich deshalb den Tatsachen entsprechend:

- Ich bin privat versichert, (nicht Basistarif)
 Ich bin Beihilfeberechtigt
 Ich bin Basistarif-Versicherter

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist daher unser höchstes Ziel.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

	JA	NEIN
1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS 100)? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1. Besitzen Sie einen Allergiepaß ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Bei bestimmten Materialien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Bei bestimmten Arzneimitteln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Bei bestimmten Nahrungsmitteln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Haben Sie eine Penicillinallergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____		
<input type="checkbox"/> Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Herzoperationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?		
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Zu hoher Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Rheumatismus/rheumatisches Fieber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
7.1. Nehmen Sie Medikamente wegen Osteoporose oder Krebs ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Wann sind das letzte Mal die Zähne geröntgt worden?		
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Röntgenpaß?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Haben Sie häufiger Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☒ Schmerzen im HWS-Bereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☒ Ohrenscherzen/Tinnitus/Hörsturz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
☒ Kiefergelenksgeräusche (Knacken/Reiben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Haben sie eine Zahnzusatzversicherung ?, wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mehrkostenvereinbarung:

Gesetzlich Versicherte haben die Möglichkeit, eine aufwändigere, als die gesetzlich vorgesehene Versorgung zu wählen z.B. mehrschichtige Kompositfüllungen anstatt Amalgamfüllungen. In diesen Fällen schließt der Zahnarzt mit dem Versicherten eine so genannte Mehrkostenvereinbarung ab. Darin erklärt sich der Versicherte durch seine Unterschrift bereit. Die Kosten für den bei der Behandlung anfallenden Mehraufwand selbst zu tragen.

Kassenfüllungen: Ja Nein

Kompositfüllungen m. Zuzahlung: Ja Nein

Nur für Privatpatienten

Für die Zahnarztpraxis ist für zu erbringende Behandlungsleistungen die Kenntnis über den Versichertenstatus notwendig, da im Basistarif nur Leistungen vgl. der GKV beinhaltet sind. Hiermit erkläre ich deshalb den Tatsachen entsprechend:

- Ich bin privat versichert, (nicht Basistarif)
- Ich bin Beihilfeberechtigt
- Ich bin Basistarif-Versicherter

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten