

Herzlichen Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche/ Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum _____

1. Angaben zur Person

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes _____

Wer hat uns empfohlen? _____

2. Fragen zur Person

Bestehen gesundheitliche Risiken?
Wenn ja, welche? _____

| | |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| Haben Sie einen Allergiepass? | O ja O nein |
| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? | O ja O nein |
| Wenn ja, auf welche? _____ | |
| Haben Sie Gerinnungsstörungen? | O ja O nein |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? | O ja O nein |
| Sind Sie HIV positiv? | O ja O nein |
| Haben Sie Hepatitis B / C? | O ja O nein |
| Wieviel Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ | Stk. / Tag |
| Haben Sie Diabetes? | O ja O nein |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | O ja O nein |
| Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? | O ja O nein |
| Leiden Sie unter Migräne? | O ja O nein |
| Haben Sie grünen Star? | O ja O nein |
| Haben Sie eine Prostataerkrankung? | O ja O nein |
| Haben Sie Asthma? | O ja O nein |
| Haben Sie künstliche Gelenke? | O ja O nein |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche | O ja O nein |
| Nehmen Sie im Moment Medikamente ein? | O ja O nein |
| Wenn ja, welche _____ | |

Bitte wenden!

3. Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Haben Sie Geräusche oder Schmerzen | |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | im Kiefergelenk? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Fand eine Röntgenuntersuchung statt? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? | | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? | | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Möchten Sie darüber eine Beratung? | | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

**Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung mit.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Um unnötige Kosten zu vermeiden, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bielefeld, den _____

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, dass ich für eine konsequente, systematische Behandlung mit einer langfristigen Absicherung des Behandlungsergebnisses in das Wiederbestellsystem (Recall) der Praxis aufgenommen werden will. Terminerinnerungen bitte per E-Mail SMS auf mein Handy Post

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass zur Verwaltungsentlastung der Praxis eine jeweils durch Kostenvereinbarung angezeigte Rechnungserstellung durch ein zahnärztliches Rechenzentrum abgewickelt werden darf.

Ich habe dazu das entsprechende Formular "Patienteninformation zur Abrechnung (DZR)" gelesen und unterschrieben.

Ich willige ein, dass zur Erhebung der klinischen Situation und zur Dokumentation meiner Behandlung Fotos gemacht werden, die im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen und Veröffentlichungen genutzt werden können.

Wir möchten darauf hinweisen, dass einige Leistungen auch von unserem eigenen Labor erbracht werden. Hierbei achten wir bei der Rechnungserstellung auf absolute Transparenz, und es entstehen garantiert keine Zusatzkosten gegenüber dem Einsatz von Fremdlaboren. Die Entscheidung, welches Labor im Einzelfall zum Einsatz kommt, wird ausschließlich nach medizinischen und durch die Behandlung vorgegebenen Kriterien mit Ihnen gemeinsam getroffen.

Bielefeld, den _____

Unterschrift
