

Anmeldung für die Praxis Dr. Andrea Wieduwild

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben

Pflichtversichert? ja () nein ()

Freiwillig versichert? ja () nein ()

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja () nein ()

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja () nein ()

Bitte bei einer Privatversicherung angeben

Standardtarif? ja () nein ()

Basistarif? ja () nein ()

Studentisch versichert? ja () nein ()

Beihilfeberechtigt? ja () nein ()

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?: _____

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Hausarzt: _____

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen: _____

Möchten Sie per E-Mail an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja () Nein ()

Wir benötigen Ihre Versichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung.

Zur leichteren Abwicklung von Rückzahlungen, die durch Überzahlung oder Bestimmungsänderungen bisweilen vorkommen, bitten wir Sie um die Angabe Ihrer Bankverbindung.

Bank: _____ KtoNr. _____ BLZ: _____

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Eingriffen

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Erklärung:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

Allgemeiner Gesundheitsfragebogen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Zu Ihrer Sicherheit müssen Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie uns bitte.

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt:

Wenn ja, welche:

Herz- oder Kreislauferkrankungen: ja () nein () _____

Bluterkrankungen: ja () nein () _____

Blutungsneigung: ja () nein () _____

Zuckerkrankheit (Diabetes): ja () nein () _____

Schilddrüsenerkrankung: ja () nein () _____

Allergien: ja () nein () _____

Allergiepass vorhanden? ja () nein () _____

Anfallsleiden (Epilepsie): ja () nein () _____

Infektionskrankheiten:
(Gelbsucht, TBC, MRSA....) ja () nein () _____

Sind Sie frisch operiert? ja () nein () _____

Sind Sie HIV – positiv? ja () nein () _____

Sind Sie schwanger? ja () nein () _____

Sind oder waren Sie drogenabhängig? ja () nein () _____

Beginnende oder bestehende Demenz mit
eingeschränkter Geschäftsfähigkeit? ja () nein () _____

Wenn ja, Name und Telefonnummer eines Betreuers: _____

Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt wurde? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? (Bitte auch angeben wofür/wogegen)

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Wünschen Sie die Ausstellung eines Röntgenpasses? ja () nein ()

Körpergewicht: bis 165 kg () über 165 kg ()

(Wird die vom Hersteller der Behandlungsstühle angegebene Höchstgewichtsgrenze überschritten, liegt ein Verstoß gegen die Medizinproduktevertreiberverordnung, MPBetreibV, vor. Im Fall eines Unfalls erlischt jegliche Haftung der Praxis. Für Schäden an den Behandlungseinheiten, die aufgrund einer falschen Angabe gemacht werden, haftet der Patient.)

Zahnärztlicher Gesundheitsfragebogen

Grund Ihres Besuchs

Zahnschmerzen	ja ()	nein ()
Zahnfleischbluten	ja ()	nein ()
Mundgeruch	ja ()	nein ()
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen / Verspannungen	ja ()	nein ()
Kiefergelenksbeschwerden	ja ()	nein ()
Knirschen / Pressen	ja ()	nein ()
Beobachten Sie Kiefergelenksgeräusche? (Knack- oder Reibegeräusche)	ja ()	nein ()
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja ()	nein ()

Sonstiges _____

Sie sind uns wichtig!

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Haben Sie

- | | | |
|---|--------|----------|
| - Bedenken gegen Amalgam? | ja () | nein () |
| - Interesse an der konsequenten Verhinderung weiterer Zahnerkrankungen? | ja () | nein () |
| - Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? | ja () | nein () |
| - starken Würgereiz? | ja () | nein () |
| - starke Schmerzempfindlichkeiten? | ja () | nein () |

Würden Sie sich mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden? ja () nein ()

Gibt es zahn- / medizinische Aspekte, über die Sie aufgeklärt oder beraten werden möchten?

Professionelle Zahnreinigung	ja ()	nein ()
Weißer Zähne (Bleaching)	ja ()	nein ()
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja ()	nein ()
Amalgamsanierung unter Kofferdam	ja ()	nein ()
Ernährungsfragen	ja ()	nein ()
Laserbehandlung	ja ()	nein ()
Implantate / Implantatversorgungen	ja ()	nein ()
Sonstiges:		

Angaben zu Veränderungen meines Gesundheitszustandes

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Zahnärztin verpflichtet ist, in regelmäßigen Abständen allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit zu hinterfragen. Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich etwas ändert, informiere ich meine Zahnärztin hierüber vor der nächsten Behandlung.

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift