

Patienten-Daten für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung

Patient: \_\_\_\_\_ verh.   
 Hr./Fr. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_ Led.  Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Handy / Für „SMS“ Infos \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Mitglied  Familienmitglied  Rentner  Freiwillig-versichert  Beihilfeberechtigt  Beitragsbefreit 100 % ZE-  
 Zuschuss und Medikamente frei  \_\_\_\_% Bonus Für ZE (Wenn kein Bonusheft vorhanden bitte an Rezeption nachfragen!)  
 Privat-zusatzversichert

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_  
 Hr./Fr./Frl. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ Überwiesen von: \_\_\_\_\_

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? \_\_\_\_\_

Beantworten Sie bitte zu Ihrer Sicherheit die nachfolgenden Fragen, die für Ihre Behandlung beim Zahnarzt von Bedeutung sein können.  
 (Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben)

**Allgemeine Anamnese**

1. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?:  Ja  Nein  
**(Zutreffendes bitte unterstreichen!)**  
 Herzkrankheiten, Kreislaufbeschwerden, Asthma,  
 Blutdruckbeschwerden, Diabetes, Rheuma  
 Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen,  
 Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankung,  
 Magen-Darm-Erkrankungen, Epilepsie  
 Hormonstörungen, Bluter-Krankheit  
 andere: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?**  Ja  Nein

2. Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Haben oder hatten Sie Allergien?:  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie (Regelmäßig) viel - wenig  Ja  Nein

5. Wurden Sie vor kurzem operiert?  Ja  Nein

6. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

7. Blutet es bei einer Wunde bei Ihnen länger?  Ja  Nein

8. Wurden Sie in letzter Zeit Röntgen-untersucht?  Ja  Nein  
**Haben Sie einen Röntgenpaß?**  Ja  Nein  
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung von  
 Zähnen und Kiefer? \_\_\_\_\_

9. Hatten Sie schon eine Parodontose-Behandlung?  Ja  Nein

10. Sind Sie Schwanger? Geburtstermin? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

11. Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?  
 \_\_\_\_\_  
 Wurde die Behandlung abgeschlossen?  Ja  Nein

Was wurde gemacht?  
 \_\_\_\_\_  
 Ggf. Name des Behandlers?  
 \_\_\_\_\_

12. Haben Sie Angst (Zutreffendes unterstreichen) vor: Zahnarztbesuch, Bohren, Spritze (Anästhesie)  Ja  Nein

13. Haben Sie in letzter Zeit Medikamente bekommen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?  Ja  Nein  
 \_\_\_\_\_

14. Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

## Funktions-Anamnese

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Sind ein oder mehrere Zähne empfindlich / schmerzhaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Knirschen oder Pressen Sie Ihre Zähne / Zunge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Machen Ihre Kiefer-Gelenke Geräusche ?	rechts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Hatten Sie eine Kieferregulierung ( Spange )		
	links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder eine Aufbissschiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beschwerden beim Mundöffnen - schließen (z.B. beim Gähnen oder Kauen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Zahnersatz, seit wann: Festsitzend: _____		
			Herausnehmbar: _____		

**Unsere Praxis Philosophie besteht darin, Ihnen eine Versorgung zu bieten, die auf einem sehr hohen Niveau basiert.  
Die Leistungen umfassen Versorgung mit Cerec, Implantaten, ästhetische Zahnheilkunde, etc...**

**Sprechen Sie uns an!**

**Wir bedanken uns sehr für Ihre Mitarbeit und möchten Sie bitten, folgende Hinweise Zu beachten:**

1. Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse dürfen nur nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenkassen behandelt werden!

### **Wichtigste Richtlinien:**

a) Die Versichertenkarte muß bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In dringenden Fällen kann die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden. Bis zum Vorliegen einer Versichertenkarte gilt der Patient als Privat-Patient und die Behandlungskosten werden privat in Rechnung gestellt. Dies gilt für jedes neue (zukünftige) Behandlungsquartal, da die Versichertenkarte einmal im Quartal eingelefen werden muß.

2. Bitte informieren Sie Ihren Zahnarzt vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Fragenkatalog ergeben haben. Lassen Sie sich diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben!

3. Mit der Beschreibung "Behandlung beim Zahnarzt" und im nachfolgenden Aufklärungsgespräch, informieren wir Sie über alles, was wir nach unserer Erfahrung für wesentlich halten. Bitte fragen Sie uns nach allem, was Ihnen wichtig erscheint! Bestätigen Sie uns nachstehend, daß im Aufklärungsgespräch alle Fragen beantwortet

b) Einschränkung der Therapie

Nach § 12 SGB V dürfen alle Maßnahmen nur ausreichend, wirtschaftlich (kostengünstig) und notwendig sein. Andere Leistungen darf der Versicherte nicht verlangen, darf der Zahnarzt nicht erbringen und die Krankenkasse nicht genehmigen.

wurden, daß Sie alles verstanden haben und daß Sie Einwilligung zur Behandlung geben!

4. Unsere Praxis wird nach dem Bestell-System geführt. Das bedeutet, daß wir in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zur Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, daß Sie sich unbedingt an den reservierten Termin halten oder spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Ansonsten kann Ihnen die Wartezeit in Rechnung gestellt werden.

5. Gerichtsstand ist Amtsgericht Hünfeld.

**Unsere Praxis legt viel Wert auf Patientenbetreuung, daher erinnern wir Sie gerne an Ihren nächsten Vorsorgetermin. Wenn Sie dies nicht wünschen geben Sie uns bitte Bescheid.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen / umseitigen Angaben.

Groß-Umstadt der, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Zahnarztes