

**Patienten-Daten für Versicherte der privaten Krankenversicherung**

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

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

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

Arbeitgeber Beruf Telefon geschäftlich

Mitglied  Familienmitglied  Beihilfeberechtigt  Neu: Basistarif  Post Beamten

**Achtung :** wünschen Sie eine Behandlung ohne Zuzahlung (Status eines gesetzlichen Krankenversicherten)   
 oder wünschen Sie eine Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die dem

Stand unserer Behandlungsmöglichkeiten entspricht, natürlich nach vorheriger Kostenaufklärung bei Beträgen über 1000€ auch schriftlich ?

Private-Versicherung: \_\_\_\_\_ Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_  
 Ort Straße

Beihilfestelle Post B: \_\_\_\_\_ 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?:  
**(Zutreffendes bitte unterstreichen!)**  
 Herzkrankheiten, Kreislaufbeschwerden, Asthma,  
 Blutdruckbeschwerden, Diabetes, Rheuma  
 Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen,  
 Schlaganfall, Schilddrüsenerkrankung,  
 Magen-Darm-Erkrankungen, Epilepsie  
 Hormonstörungen, Bluter-Krankheit  
 andere: \_\_\_\_\_

Ja Nein

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?**

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

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

4. Rauchen Sie (Regelmäßig) viel - wenig

5. Wurden Sie vor kurzem operiert?

6. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

7. Blutet es bei einer Wunde bei Ihnen länger?

8. Wurden Sie in letzter Zeit Röntgen-untersucht?

**Haben Sie einen Röntgenpaß?**

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung von  
 Zähnen und Kiefer? \_\_\_\_\_

9. Hatten Sie schon eine Parodontose-Behandlung?

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

11. Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung?

Wurde die Behandlung abgeschlossen?

Was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Ggf. Name des Behandlers? \_\_\_\_\_

12. Haben Sie Angst (Zutreffendes unterstreichen)

vor: Zahnarztbesuch, Bohren, Spritze (Anästhesie)

13. Haben Sie in letzter Zeit Medikamente bekommen

oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche? \_\_\_\_\_

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<br>(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 sowie ästhetische Zahnheilkunde.**

**Sprechen Sie uns an!**

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

### **Wichtigste Richtlinien:**

1. 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!

2. 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

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

3. 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.

4. 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