



Zahn Körper Seele Mensch

Dr. Mildred Hartmann
Praxis für sanfte Zahnheilkunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben, die wir in unserer EDV speichern. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Vorname Geburtsdatum
 Straße PLZ Wohnort
 Telefon privat Telefon mobil E-Mail-Adresse

Sind Sie gesetzlich versichert oder privat versichert ?

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja / nein Sind Sie beihilfeberechtigt? ja / nein

Die für Sie erbrachten Privatleistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Wie möchten Sie Ihre Rechnungen zahlen?

über die Abrechnungsgesellschaft (Gesamtrechnung) nach jeder Behandlung (bar oder ec)

Wer hat Sie an uns überwiesen/ empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeinmedizinische Fragen

Haben oder hatten Sie Erkrankungen an:

- Herz oder Kreislauf Lunge Schilddrüse Nieren
- Blut Leber Magen-Darm-Trakt Gelenken

Haben oder hatten Sie:

- Hohen Blutdruck Zucker (Diabetes) Fallsucht (Epilepsie) Gelbsucht (Hepatitis)
- Grünen Star Erhöhte Blutungsneigung Zahnfleischbluten Mundgeruch
- häufig Kopf- oder Nackenschmerzen

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, wann? ja / nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja / nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja / nein

Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? ja / nein

Haben oder hatte Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche? ja / nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen? ja / nein

Haben Sie ein Röntgennachweisheft? ja / nein

Aufnahmebogen für Erwachsene (FO 6.I.2 G)

Bitte wenden!

Zahnmedizinische Fragen

Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen? (Routineuntersuchung, Schmerzen, etc.)

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? Wenn nein, was möchten Sie verändern? ja / nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja / nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Möchten Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert werden? ja / nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- | | | | |
|--------------------|---|-------------------------------|---|
| • Zahnersatz | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | • Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| • Amalgamsanierung | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | • Behandlung in Hypnose | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| • Implantate | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | • ganzheitliche Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? ja / nein

- Wünschen Sie eine Behandlung mit:
- | | |
|-------------------------|---|
| • Entspannungstechniken | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| • Kopfhörern | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| • Vollnarkose? | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Bitte markieren Sie auf dem Strahl, wie Sie sich jetzt im Moment fühlen!



Möchten Sie, dass wir Sie an Ihre Kontrolltermine erinnern? ja / nein

- per SMS : (Bitte geben Sie Ihre Handynummer an!) ja / nein

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert!

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten der entstandenen Schaden in Rechnung gestellt werden kann (Ausfallhonorar gemäß §§ 615,293 BGB).

Datum

Unterschrift