

Checkliste

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für das Vertrauen, das Sie uns entgegen bringen!

Es bedeutet uns sehr viel, alles dafür tun zu dürfen, Ihre Zahngesundheit ein Leben lang zu erhalten.

Für Ihren ersten Besuch in unserer Praxis benötigen wir einige Informationen, um uns optimal auf Sie und Ihre Wünsche vorbereiten zu können. Bitte bringen Sie daher folgende Unterlagen bei Ihrem ersten Besuch (oder noch besser: ein paar Tage vorher) mit in die Praxis:

<input type="checkbox"/>	Anmeldebogen	Allgemeine Informationen zu Ihnen und Ihrem Gesundheitszustand, um uns optimal auf Ihren Besuch vorzubereiten. Gerne schicken wir Ihnen ein gedrucktes Exemplar nach Hause. Ein Anruf bzw. eine Email genügt.
<input type="checkbox"/>	Allergiepass (falls vorhanden)	Somit können wir im Vorfeld alle Stoffe ausschließen, auf die Sie allergisch reagieren.
<input type="checkbox"/>	Medikamentenliste (falls vorhanden)	Damit können wir Wechselwirkungen und Komplikationen (Blutungsgefahr, Unverträglichkeit) ausschließen.
<input type="checkbox"/>	Röntgenaufnahmen (falls vorhanden)	Zur Vermeidung von Doppelanfertigungen. Wir akzeptieren: CD, USB-Stick, KIM-Email
<input type="checkbox"/>	Implantat-Pass (falls vorhanden)	Falls in Zukunft eines Ihrer Implantatteile (Aufbau, Krone, Locator®) erneuert werden muss, wissen wir genau welche Teile wir bestellen müssen.
<input type="checkbox"/>	Gesundheitskarte bzw. Versicherungsnachweis	Bitte achten Sie auf das Gültigkeitsdatum. Bitte unterschreiben Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte
<input type="checkbox"/>	Bonusheft der letzten 10 Jahre	Hier bestätigen wir Ihnen Ihre Kontrollbesuche. Sie sichern sich damit höhere Zuschüsse für (zukünftigen) Zahnersatz. Tipp: Ihr letzter Zahnarzt stellt Ihnen für alle Kontrollbesuche der letzten 10 Jahre ein Bonusheft aus, welches wir fortführen können.
<input type="checkbox"/>	Bereits vorhandene Kostenvoranschläge (HKP)	Hiermit können wir nachvollziehen, welche Behandlung bei Ihnen angedacht war und diese eventuell fortführen oder Alternativen benennen.

Falls Sie beabsichtigen, eine **Zahnezusatzversicherung** abzuschließen, so kann dies nur vor Ihrem Besuch bei uns geschehen. Alle bereits vor Abschluss angeratenen Behandlungen sind fast immer nicht mehr versicherbar, auch in Tarifen "ohne Gesundheitsfragen".

Ihre Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Thomas Kaiser



Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der (zahn)ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärzte Dr. med. dent. Thomas Kaiser und Kollegen

Persönliches (bitte ausfüllen):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Postleitzahl, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Ich bin einverstanden mit Terminerinnerungen per SMS. (Dieser Service ist kostenfrei und unverbindlich. Nicht Zutreffendes streichen.)

Versicherung (bitte ausfüllen):

Krankenkasse / Versicherung

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat <u>nicht</u> im Basistarif
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> Privat <u>im</u> Basistarif
<input type="checkbox"/> Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt

Wenn Sie **nicht selbst versichert** sind, nennen Sie uns bitte die/den Versicherte/n bzw. den Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl Ort

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patient/innen: Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wie wurden Sie zuerst auf unsere Praxis aufmerksam?

Durch wen haben Sie zuerst von uns erfahren? Name: _____

Im Vorbeigehen Google Jameda Name: _____

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

	Ja	Nein
• Hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutgerinnungsstörung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlaganfall, wann:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzerkrankungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche genau und wann:		

Endokarditis-Prophylaxe notwendig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüse:..... Unter- <input type="checkbox"/> <u>oder</u> Überfunktion..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien (Medikamente/Penicillin/Latex,...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		

• Sonstige Erkrankungen: _____		

• Vorh. Zahnarzt: _____		
Letzter Besuch (Monat/Jahr): _____		

	Ja	Nein
• Jemals Infektionskrankheiten:		
HIV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis..... B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:.....		

• Nehmen Sie Medikamente ein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wenn ja, welche:		
Herzmed.: _____		
Kortison: _____		
Schmerzmittel: _____		
Antidepressiva: _____		
Blutverdünner: _____		
(z.B. ASS/Marcumar/Heparin): _____		
Sonstige: _____		

• Rauchen Sie?..... <input type="checkbox"/> (_____ Zig./Tag) <input type="checkbox"/> nein		
• Für unsere Patientinnen:		
Sind Sie schwanger ?..... <input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss		

Mundgesundheitsituation:

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Angst	<input type="checkbox"/> Ich habe Angst	<input type="checkbox"/> Ich habe sehr große Angst

	Ja	Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme ? Bluten beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft gehen Sie pro Jahr zur Professionellen Zahnreinigung ?.....		
Was ist zuletzt bei Ihnen gemacht/behandelt worden?:		

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen**. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Dreimaliges Nicht-Erscheinen führt zum Ausschluss aus dem Terminsystem. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person und meine medizinischen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

_____. 2024

X

Patient/in

X

ggf. Begleitperson / Betreuer/in