

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 **Zahnzusatzversicherung** 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 Minderjährige

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

Patient/in (bitte ausfüllen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

Heute anwesende Begleitperson (bitte ausfüllen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

Stellung zum Patienten

Versicherte/r (bitte ausfüllen):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

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 |

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).

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte alle Fragen beantworten):

- Herzerkrankungen..... Ja Nein
... wenn ja, **welche genau und wann:**
.....
Endokarditis-Prophylaxe notwendig?.....
- Diabetes.....
- Schilddrüse:..... **Unter-** **oder** **Überfunktion.**.....
- Rheuma.....
- Allergien** (Medikamente/Penicillin/Latex,...).....
... wenn ja, **welche:**
.....
.....
- Sonstige Erkrankungen:
- Vorh. Zahnarzt:
- Letzter Besuch:
- Rauchen Sie?..... (..... Zig./Tag) nein

- Für unsere Patientinnen:
Sind Sie **schwanger**?..... ja, im Monat
 nein ungewiss
- Jemals Infektionskrankheiten: Ja Nein
- HIV.....
- Hepatitis..... B C
- Tuberkulose.....
- Sonstige:.....
- Nehmen Sie **Medikamente** ein?.....
... wenn ja, **welche:**
Herzmed.:.....
Schmerzmittel:.....
Antidepressiva:.....
Blutverdünner:
(z.B. ASS/Marcumar/Heparin):.....
Sonstige:.....
.....
.....

Mundgesundheitsituation:

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

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Zahnersatz Zweite Meinung Sonstiges:.....
 Ich habe **keine Angst** Ich habe **Angst** Ich habe **sehr große Angst**

- Knirschen** oder pressen Sie mit den Zähnen?..... Ja Nein
- Haben Sie **Zahnfleischprobleme**? **Bluten** beim Zähneputzen? **Zahnfleischrückgang**?.....
- Leiden Sie unter **Mundgeruch** oder einem schlechten Geschmack im Mund?.....
- 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. Ich bin einverstanden mit Terminerinnerungen per SMS. (Dieser Service ist kostenfrei und unverbindlich. Nicht Zutreffendes streichen.)

..... . 2024

X

Patient/in

X

Anwesende Begleitperson