

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns ihr Vertrauen schenken. Das gesamte Mundschmiede-Team wird sich gerne für Ihre individuellen Bedürfnisse rund um das Thema „Mundgesundheit“ engagieren.

Da eine gelungene Kommunikation zwischen Patienten und Praxisteam für uns ein wichtiger Baustein für eine tragfähige Partnerschaft ist, legen wir großen Wert auf eine detaillierte Anamnese. Ihre persönlichen Daten und Informationen zu Ihrem allgemeinen und speziellen Gesundheitszustand bieten uns dabei eine wichtige Grundlage für eine optimale zahnmedizinische Versorgung.

Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, diesen Bogen so genau wie möglich auszufüllen und geben ihn am Empfang ab. Bei Fragen, insbesondere zum medizinischen Teil, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Daten und Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Mundschmiede-Team
Christian Fritz



... und was können wir für Sie tun?

Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail

Beruf

▪ Krankenversichert bei _____

Gesetzlich versichert Ja Nein

Privat versichert Ja Nein

Basistarif Ja Nein

Zusatzversichert Ja Nein

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Wenn nicht selber KV-Mitglied, wer ist der Versicherte?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Hausarzt

▪ Für diese Themen interessiere ich mich besonders:

Professionelle Prophylaxe

Ästhetischer Zahnersatz

Zahngesundheit in der Schwangerschaft

Behandlung bei Zahnfleischbluten

Kosmetische Zahnkorrektur

Zahnmedizin 60+

Implantatversorgung

Zahnaufhellung/Bleaching

Sportmundschutz

▪ Erinnerungsservice

Um das Ziel lebenslanger Mund- und Zahngesundheit zu erreichen, ist es notwendig, regelmäßig eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen. Gerne bieten wir Ihnen dazu unseren persönlichen Erinnerungsservice an. Die Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie von uns in den mit Ihnen persönlich abgesprochenen Intervallen per E-Mail / SMS / Anruf oder Post erinnert werden? Ja Nein

▪ Angstpatienten

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein

Hinweis: Wenn ein Zahnarztbesuch bei Ihnen mit starker Angst und Unwohlsein verbunden ist, bereiten wir uns gerne diesbezüglich noch spezieller auf Ihren Besuch vor und empfehlen hierzu das Ausfüllen unseres ergänzenden Bogens „Zusatzanamnese bei Angstpatienten“

▪ Behandlung

Warum suchen Sie uns heute auf? (Schmerzbehandlung, Routinekontrolle, Beratung, Neuer Zahnersatz, Prophylaxe, Amalgamaustausch, Zweite Meinung, Sonstiges)

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Fragen zur Zahn- und Mundgesundheit

- Haben Sie akute Schmerzen? Ja Nein
- Wenn ja, in welcher Form?
- Dauerschmerz Temperaturempfindlichkeit Schmerz bei Belastung oder Kauen empfindliche Reaktion auf Süß oder Sauer
- Entzündungen oder Schmerzen am Zahnfleisch Kieferschmerzen/Kiefergelenkschmerzen
- Sind Ihnen bereits Zähne durch Zahnlockerung oder Karies verloren gegangen? Ja Nein Unbekannt
- Haben Sie in der Vergangenheit wegen Zahnlockerung/Zahnfleischbeschwerden einen Zahnarzt aufgesucht? Ja Nein
- Haben Sie Zahnersatz? Kronen Brücken Prothese
- Haben Sie Zahnwurzelersatz (Implantat)? Ja Nein
- Legen Sie Wert auf ästhetisch schöne Zähne? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl, die Stellung Ihrer Zähne hat sich verändert? Ja Nein
- Haben Sie eine eingeschränkte Kaufunktion? Ja Nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein Unbekannt
- Haben Sie häufig schlechten Geschmack im Mund? Ja Nein
- Ist Ihnen der lebenslange Erhalt Ihrer Zähne wichtig? Ja Nein
- Konsumieren Sie zuckerhaltige Genussmittel? Nie Gelegentlich Täglich
- Sind bei Ihnen nach zahnmedizinischen Behandlungen schon mal ungewöhnliche Reaktionen vorgekommen (z.B. nach Spritzen oder Medikamenten)?
- Ja Nein, wenn ja, welche? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

- Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung? Ja Nein
- Wenn ja, warum? _____
- Bekommen Sie schnell blaue Flecken? Ja Nein Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden? Ja Nein
- Leiden Sie an längeren Blutungen nach Verletzungen? Ja Nein Fühlen Sie sich körperlich stark belastet? Ja Nein
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein

■ Herz-, Kreislaufkrankungen

- Niedriger Blutdruck Ja Nein Hoher Blutdruck Ja Nein Herzschrittmacher Ja Nein Endokarditis Ja Nein
- Herzklappenersatz Ja Nein Angina Pectoris Ja Nein Schlaganfall Ja Nein Gerinnungsstörung Ja Nein
- Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein Herzinfarkt Ja Nein, wenn ja, wann? _____
- Herzfehler Ja Nein, wenn ja, welche? _____
- Herzklappendefekt Ja Nein, wenn ja, welche? _____

■ Vegetative Erkrankungen

- Schwindel Ja Nein Ohnmacht Ja Nein Asthma Ja Nein

■ Augenerkrankungen

- Grüner Star Ja Nein

■ Chronische Erkrankungen

- Diabetes Ja Nein
- Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
- Schilddrüsenenerkrankungen Nein Überfunktion Unterfunktion
- Nierenerkrankungen Ja Nein
- Rheuma Ja Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

▪ Infektionskrankheiten

HIV Ja Nein Hepatitis (A, B, C) Ja Nein Tuberkulose Ja Nein

▪ Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Depression)

Ja Nein, wenn ja, welche? _____

▪ Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Knochentumore)

Ja Nein, wenn ja, welche? _____

▪ Tumorleiden Ja Nein

Chemotherapie Ja Nein

Bestrahlung Ja Nein, wenn ja, welche? Ggf. Operation und wann? _____

Spezielle Gesundheitsfragen

▪ Nehmen Sie regelmäßig

Blutgerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar) Herzmedikamente Schmerzmittel Cortison Antidepressiva

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja Nein, wenn ja, welche? _____

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein, wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Konsumieren Sie alkoholische Getränke? Nie Gelegentlich Täglich

Konsumieren Sie regelmäßig Rauschmittel? Nie Gelegentlich Täglich Welche? _____

Konsumieren Sie Beruhigungsmittel? Nie Gelegentlich Täglich Welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente oder Substanzen allergisch (z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika)?

Ja Nein, wenn ja, welche? _____

▪ Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft Ja Nein, wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____

Sonstige wichtige Hinweise oder Anmerkungen:

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Sehr gerne rufen wir Ihnen auf Wunsch ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Zuletzt noch in eigener Angelegenheit

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Zeitungsanzeige Internet Telefon-/Branchenbuch

Persönliche Empfehlung von: _____

Waren Sie in der Vergangenheit schon mal bei Herrn Fritz in Behandlung? Ja Nein

Haben Sie sich vor dem Besuch unsere Internetseite angeschaut? Ja Nein

Und nun danken wir Ihnen herzlich für Ihre Angaben und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis.
Für Tipps und konstruktive Anmerkungen sind wir jederzeit dankbar. Gerne können Sie unsere Praxis auf der Internetplattform www.jameda.de öffentlich bewerten.

Ihr Mundschmiede-Team
Christian Fritz

Organisatorische Hinweise

- Unsere Praxis ist als Bestellpraxis organisiert. Das bedeutet, dass wir uns für Sie Zeit nehmen und entsprechende Vorbereitungs- und Behandlungszeiten für Sie reservieren. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte innerhalb 24 Stunden vorher ab, damit wir diesen im Rahmen unseres optimierten Bestellsystems anderen Patienten zur Verfügung stellen können. Andernfalls behalten wir uns vor, nicht abgesagte, umfangreiche Termine in Rechnung zu stellen.
- Für Kassenpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen des aktuell gültigen Bewertungsmaßstabes (BEMA) abgerechnet. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis benötigen. Liegt uns diese nicht spätestens 14 Tage nach der Behandlung vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.
- Für Privatpatienten: In unserer Praxis wird nach den Bestimmungen der aktuell gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Der Faktor liegt in der Regel zwischen dem 1- und 3,5-fachen Satz und richtet sich nach dem Schwierigkeitsgrad der Behandlung. Höhere Faktoren werden wir im Voraus mit Ihnen besprechen und Ihnen einen Kostenvoranschlag erstellen.

Hiermit bestätige ich, alle abgedruckten Praxisinformationen gelesen und verstanden sowie sämtliche Angaben nach bestem Wissen getätigt zu haben. Änderungen werde ich stets mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

