

Dr. Birgit Sellmer-Vogt - Dr. Anna Henke-Brenner - Johanna Scherbel
 Pützbungert 2 - 53639 Königswinter-Heisterbacherrott - Tel.: 02244/80578
 www.zahnarztkoenigswinter.de

Sehr geehrte/r Patient/in, wir heißen Sie herzlich willkommen und freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung. Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen. Vielen Dank!

Anmeldung

--	--	--

Name Vorname geb. am/Geburtsort

Telefon:	Mobil/Geschäftlich:
E-Mail-Adresse:	

Wohnort der/ des Versicherten	
PLZ / Ort	Straße / Haus-Nr.

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
---------------	---------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne die Terminerinnerung Ihrer Praxis in Anspruch nehmen <input type="checkbox"/> Ich möchte gerne an meine notwendigen Vorsorgetermine erinnert werden (Recall-System). o per Postkarte o per E-Mail o per SMS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Name, Telefonnummer Ihrer Hausärztin/ Ihres Hausarztes:

Name Ihrer/ Ihres bisherigen Zahnärztin/ Zahnarztes (falls vorhanden):

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Für unsere PRIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN: Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte (GOÄ/GOZ). Ich verpflichte mich, dass nach der GOZ/GOÄ - unter Beachtung der Höchstsätze - berechnete Honorar auch dann selbst zu tragen ist, wenn Versicherungen und/oder Beihilfe-Stellen es nicht oder nicht im vollen Umfang übernehmen. Die Information über den Leistungs- und Erstattungsumfang der jeweiligen Versicherung bzw. Beihilfe ist Aufgabe des Versicherten. Königswinter, denUnterschrift

Hiermit bestätige ich, dass die von mir ausgefüllten Angaben korrekt sind. Unterschrift.....

Teil I des Anamnesebogens

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Allergie

- Heuschnupfen
 - Nahrungsmittel
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster
 - Latex
 - Metalle _____
- oder _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
- oder _____

Atemwege/Lunge

- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Chronische Bronchitis
 - Schlafapnoe
- oder _____

Blut

- Gerinnungsstörung
 - Nachbluten nach Operationen
- oder _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
- oder _____

Magen, Darm

- Geschwür

Augen

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - Starke Einschränkung der Sehkraft
- oder _____

Herz/Kreislauf

- Herzinsuffizienz
 - Angina Pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzschrittmacher
 - Herzklappenfehler/-ersatz
 - Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
 - Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- oder _____

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - Immunschwäche (AIDS)
- oder _____

Leber

- Gelbsucht
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C
- oder _____

Nieren

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung

Knochen

- Osteoporose
 - Rheumatoide Arthritis
 - Bisphosphonat Therapie
- oder _____

Andere Erkrankungen, Behinderungen oder Tumorerkrankungen

Welche?

Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?

Letzter Krankenhausaufenthalt?

Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente

- Aspirin® ASS®
 - Marcumar® _____®
 - Ticlopidin
 - Clopidogrel® Plavix®
- oder _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

Teil II des Anamnesebogens

Wichtige Informationen:

- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/ meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden, und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung herangezogen werden.
- Ich verpflichte mich, Sie zu umgehend über alle während der Behandlung auftretenden Änderungen zu informieren,
- Ich bin einverstanden, dass mir -falls notwendig- eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung).
Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen.

Hiermit bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Königswinter, den _____ Unterschrift _____