

Zahnarztpraxis
Dr. Fabienne Köhler
Südring 104

33332 Gütersloh

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

drucken Sie unseren Anmeldebogen aus, tragen Sie erforderliche Angaben ein und senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an unsere oben eingetragene Adresse.

Sie können die Unterlagen selbstverständlich auch persönlich vorbeibringen.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam Dr. Fabienne Köhler

Anmeldebogen mit Anamnese

Guten Tag sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie diesen Anmeldebogen bitte sorgfältig aus, denn er dient als Grundlage für das erste Gespräch mit uns. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind natürlich streng vertraulich!

Bei Fragen, die mit ja oder nein beantwortet werden, **kreuzen Sie Zutreffendes** bitte an. Haben Sie Fragen während des Ausfüllens, so sprechen Sie uns an.

Ihre allgemeinen Angaben

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Telefon: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja Nein

Privater Basistarif? Ja Nein

Sind Sie freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen? Ja Nein

Ihre Angaben zu Vorerkrankungen	Ja	Nein	Ihre Angaben zu ihren Zähnen	Ja	Nein
Haben Sie eine Herz-,Kreislauf- oder Gefäßerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie je eine Lebererkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Knirschen Sie mit den Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Atemwegserkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Nervenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Mund statt?	_____	
Haben Sie Anfallsleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen je eine Infektionskrankheit (HIV/Hepatitis/Tuberkulose, MRSA) festgestellt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wieviel?	_____	
Werden Sie homöopathisch behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sind Ihnen Allergien bekannt? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche? _____				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wer ist Ihr(e) Hausarzt/-Ärztin? _____					
Sind Sie mit dem Zustand Ihrer Zähne und dem Zahnfleisch zufrieden?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn Sie Zahnersatz tragen, wie alt ist dieser?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Ihren Zahnersatz regelmäßig?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Sie mit dessen Aussehen und Funktion zufrieden?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Speisereste in Ihren Zähnen oder Ihrem Ersatz ein Problem?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lachen Sie gerne und zeigen dabei Zähne?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Verfärbungen Ihrer Zähne festgestellt?				Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Fühlen Sie sich durch verfärbte Zähne beeinträchtigt? Ja Nein
Fallen Füllungen, Kronen und Brücken durch ihre Zahnfarbe gegenüber Ihren natürlichen
Zähnen auf? Ja Nein

Wünschen Sie nur Schmerzbesichtigung oder legen Sie Wert auf eine umfassende Beratung Ihrer
anstehenden
Gesamtbehandlung?
Nur Schmerzbehandlung Weitergehende Beratung

Ist für Sie eine kosmetisch-ästhetische sowie auch funktionelle Versorgung wichtig?
sehr nicht so überhaupt nicht

Wünschen Sie nähere Informationen über folgende Behandlungsarten:

- Professionelle Zahnreinigung
- Alternativen zur Kassenfüllung
- Zahnaufhellung
- Zahnersatzlösungen, die auch Ihre ästhetischen Ansprüchen befriedigen
- Implantatversorgung
- Schienentherapie

Eine Frage an unsere weiblichen Patienten

Besteht eine Schwangerschaft? Ja _____ Woche Nein ungewiss

Bitte beachten Sie: Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sorgfältige Mitteilung, wenn während des
Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Telefonbuch, Empfehlung, Internet)

Möchten Sie von uns halbjährlich an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wichtige Hinweise für Sie

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt
ist. Falls sich Änderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben, möchten wir Sie bitten, uns dieses
unverzüglich mitzuteilen.

Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ort

Datum

Unterschrift

Aufklärung Terminvergabe und Termineinhaltung

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir vergeben Termine um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Um Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir Ihnen bei entsprechenden Arbeiten z.T. mehrere Stunden. Aber selbstverständlich bedeutet auch für eine Praxis Leerlauf finanzieller Verlust. Darum bitten wir Sie Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber 24 Std. vorher abzusagen. In diesem Zusammenhang weisen wir auf folgendes hin:

- bleiben Sie einem Behandlungstermin unentschuldigt fern oder
- sagen Sie Ihren Termin nicht mindestens 24 Std. vorher ab,

so **können** wir Ihnen pro angefangene halbe Stunde 50,- Euro Ausfallkosten berechnen, (Vergütung bei Annahmeverzug §§ 304, 615 BGB u. § 611,615 Satz 1 BGB) die von Ihrer Krankenkasse nicht ersetzt werden.
Ausgenommen von dieser Regelung sind nachweislich plötzliche Krankheit oder familiäre Umstände (Todesfall, Unglücksfall in der Familie).

Sollten Sie Ihren Termin rechtzeitig absagen wollen, so haben Sie mehrere Möglichkeiten uns zu erreichen:

per Telefon (05241/55 000) evtl. Anrufbeantworter, per Fax (05241/53 17 97),
per e-mail (fabienne.koehler@t-online.de)

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechzeit liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Haben Sie dazu noch Fragen? Bitte sprechen Sie uns an!

Ich habe die Aufklärung über Terminvergabe und Termineinhaltung sorgfältig gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift