

PRAXIS FÜR ZAHNGESUNDHEIT

CORNELIA SCHAFFRINNA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

uns ist Ihre Zufriedenheit besonders wichtig. Wir möchte Sie bestmöglich und medizinisch sinnvoll beraten und behandeln. Unser Ziel ist es, Ihre Zahngesundheit langfristig zu erhalten.

Wir arbeiten nach dem Grundsatz:

„An jedem Zahn hängt immer der ganze Mensch.“

Ihr Termin in unserer Praxis

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Das bedeutet für Sie in der Regel kurze Wartezeiten. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass bei unerwarteten medizinisch notwendigen Behandlungen Verzögerungen auftreten können.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls behalten wir uns vor Ihnen die Kosten für die ungenutzte Zeit als Ausfallentgelt gemäß §§ 304, 611, 615 BGB zu berechnen.

Bei akuten Notfällen (z. B. Zahnschmerzen) bemühen wir uns, Sie kurzfristig einzuschieben. In solchen Fällen kann es allerdings zu Wartezeiten kommen.

Hinweise für gesetzlich Versicherte

Bitte legen Sie uns Ihre Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor. Liegt uns die Karte nicht rechtzeitig vor, müssen wir die Behandlung privat in Rechnung stellen.

Seit dem 2. Neuordnungsgesetz (3. Stufe der Gesundheitsreform) haben freiwillig gesetzlich Versicherte die Wahl zwischen der regulären kassenärztlichen Versorgung und einer Privatbehandlung mit Kostenerstattung.

Hinweise für privat Versicherte

Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Wie viel Ihre Versicherung oder Beihilfe später erstattet, hängt jedoch von den genauen Bedingungen Ihres Vertrags ab.

Bitte prüfen Sie daher Ihre Versicherungsunterlagen, insbesondere hinsichtlich möglicher Einschränkungen bei der Erstattung. Es kann vorkommen, dass die Kostenträger nicht alle Leistungen vollständig übernehmen. Bei Fragen beraten wir Sie gerne.

Datenschutz und wichtige Hinweise

Alle Angaben, die Sie uns für Ihr Krankenblatt machen, werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte informieren Sie uns zeitnah über Änderungen Ihres Gesundheitszustands sowie über neue Anschriften oder Telefonnummern. Dies erleichtert uns eine sichere und verlässliche Behandlung.

Anamnesebogen

1. Patient

Name: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf/Arbeitsgeber: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

2. Versicherter (falls abweichend)

Name: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf/Arbeitsgeber: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

3. Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse / Versicherung: _____

☐ Ich bin pflichtversichert

☐ Ich bin nicht versichert

☐ Ich bin freiwillig versichert

☐ Ich bin privat versichert

☐ Ich bin beihilfeberechtigt

☐ Ich bin privat zusatzversichert

4. Angaben zum Hausarzt und Pflegestufe

Name / Praxis: _____

Telefon: _____

Besteht eine Pflegestufe oder Eingliederungshilfe?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____

5. Medikamente /veränderter Gesundheitszustand

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja (inkl. Dosierung/Medikamentenzettel):

Schwangerschaft / Stillzeit: ☐ schwanger ☐ stillend ☐ nein aktuelle SSW/ ET: _____

Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____

Bisphosphonate / Osteoporosemedikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie Raucher?

☐ Ja ☐ Nein

Alkohol- oder Drogenkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

5. Allgemeiner Gesundheitszustand

Wir möchten Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Ihre Person abstimmen. Dazu benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen sorgfältig und vollständig. Sie dienen damit Ihrer Gesundheit und Ihrer Sicherheit. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gern!

Herz-/Kreislauf	JA	NEIN
Leiden Sie unter Herz-/Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Bluthochdruck / Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher o. implantierter Defibrillator (ICD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine künstliche Herzklappe (mechanisch/ biologisch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen angeborenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie Endokarditis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner ein oder leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma oder andere Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Rheuma / Autoimmunerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/ Hatten Sie Krebs / Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie Leber- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/ hatten Sie Infektionserkrankungen (HIV, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter dem "Grüner Star" (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Operation in den letzten 12 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

7. Zahnmedizinische Angaben	JA	NEIN
Haben Sie aktuell Schmerzen im Mund-/Kieferbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Einverständniserklärung & Datenschutz

Ich bestätige, dass alle Angaben korrekt und vollständig sind. Änderungen teile ich der Praxis umgehend mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____