

ZAHNARZTPRAXIS DR. STEFANIE WALTER

Zahnärztin für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkte Implantologie
und Ästhetische Zahnheilkunde

DR. CARINA SACHER

Angestellte Zahnärztin
Behandlungsspektrum Parodontologie



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. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

Geb.-Datum / -Ort

Hauptversicherter

(falls der Patient

nicht selbst der

Hauptversicherte ist)

Name

Vorname

Geb.-Datum / -Ort

Anschrift

Straße/Nr.

Tel. privat

Tel. tagsüber

PLZ

Ort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse oder Versicherung

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe?

Ja Nein

Arbeitgeber

Ausgeübter Beruf/Funktion

Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten)

Bitte denken Sie bei jedem ersten Besuch im Quartal daran, Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Liegt uns Ihre aktuelle Versichertenkarte nicht vor, auch nicht 14 Tage nach der Behandlung, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

Für alle Patienten

Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden. Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Termin- und Reiseplanung zu berücksichtigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Über Empfehlung eines unserer Patienten. Name, Vorname: _____

Über Printmedien/Internet: _____

Sonstiges: _____

Betrachten Sie sich als „Angstpatient“? Ja Nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, WAS Sie von uns erwarten und WIE Sie am liebsten möchten, dass wir mit Ihnen umgehen. Z.B. Einige haben es lieber, wir sprechen das Thema Angst gar nicht an. Andere wünschen sich genau das Gegenteil. Wenn Sie zum ersten Mal zu uns kommen, erhalten Sie diesen Anmeldebogen zum Ausfüllen, damit wir Sie besser kennen lernen. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“. Vielen Dank.

Abrechnungszentrum:

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren möchten als auf die Rechnungsstellung und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den Bereich Abrechnung an ein zahnärztliches Abrechnungsbüro, DZR, übertragen. Dies bringt für Sie als Patient viele Vorteile, da Sie bei strittigen Fragen bei Ihrer Versicherung kostenfrei unterstützt werden. Darüber hinaus haben Sie viele flexible Finanzierungsmöglichkeiten, mit bis zu 6 Raten zins- und gebührenfrei, bzw. bis zu 48 Raten ab 50 Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Teilzahlung haben.

Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an Patienten auf einer Warteliste anbieten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausfallgebühr in Höhe von 180 Euro pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen. Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, müssen allerdings in das Bestellsystem eingebunden werden – dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir Sie um Verständnis.

Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen/ Prophylaxetermine erinnert werden? Zögern Sie nicht, Ihre Zahnärztin oder unsere Assistentinnen darauf anzusprechen. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Aufnahmebogen

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Ärztliche Behandlung Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt Name, Telefonnummer: _____

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wogegen/wofür? _____

Allergien Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herzerkrankungen Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ Ja Nein
Wurden Sie am Herz operiert? Herzkatheter? Herzschrittmacher? Defibrillator? Ja Nein

Kreislaufferkrankungen Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar-/ASS-Patient?) Ja Nein
Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen Zuckerkrankheit (= Diabetes)? Ja Nein
Medikamentös eingestellt? _____ Ja Nein
Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems Epilepsie? Ja Nein
Krämpfe? Ja Nein

Bluterkrankungen Blutungsneigung (= Hämophilie)? Ja Nein
Blutarmut (= Anämie)? Ja Nein

Infektionskrankheiten Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C). Welche? _____ Ja Nein
Wurde bei Ihnen ein HIV/Aidstest durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? positiv (=HIV nachgewiesen) negativ
Tuberkulose? Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? Ja Nein
Sonstiges? _____

Weitere Angaben Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Röntgen Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Unsere modernen Geräte gewährleisten die geringstmögliche Strahlendosis.

Schwangerschaft Wenn ja, in welcher Woche? _____ Ja Nein

Allgemein Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben eingegeben ist? (z.B. Asthma, Glaukom, Nierenerkrankung...) Welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift