



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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Hauptversicherter

(falls der Patient
nicht selbst der
Hauptversicherte ist)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____ Tel. tagsüber _____

PLZ _____ Ort _____

Handy Nr. _____ 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 Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Liegt uns Ihre aktuelle Versichertenkarte nicht vor, auch 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 privat versicherte Patienten (Privatpatienten)

Haben Sie einen Basistarif? (z. B. GOZ-Erstattung nur bis zum begrenzten Faktor 1,7)

Ja Nein

Haben Sie eine Selbstbeteiligung?

Ja Nein

Wenn Ja, wie viel: _____

Haben Sie ein max. Budget pro Jahr?

Ja Nein

Wenn Ja, wie viel: _____

Gibt es für Sie versicherungstechnische Gründe,
worauf Sie bei entstehenden Behandlungskosten besonders achten sollten?

Ja Nein

Wenn ja, bitte genau erläutern, damit wir diese berücksichtigen können, falls eine Behandlung notwendig ist:

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** _____



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. haben es manche 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 Angstpatienten richtig umgehen?“.

Vielen Dank.

Abrechnungszentrum:

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren möchten als auf die Stellung von Rechnungen und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den Bereich Abrechnung an ein zahnärztliches Abrechnungsbüro, die HEALTH AG, 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 zinsfrei, bzw. bis zu 48 Raten ab 50 Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Ratenzahlung haben.

Bonitätsprüfung

Das Abrechnungsbüro prüft von jedem unserer Patienten die Bonität. Wir bitten unsere Patienten, die private Leistungen in Anspruch nehmen, um Verständnis, dass wir bei einer **negativen Bonitätsprüfung** diese nicht anbieten können.

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, die sonst länger warten müssten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen und ohne Vorlage eines Krankenscheins auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100 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 auch um Verständnis.

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, Adresse und Telefonnummer: _____

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

Wurden od. werden Sie mit Bis-Phosphonaten (Injektion/ Tabletten) behandelt? Ja Nein

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? Ja Nein
Wenn ja, an welcher? _____

Wurden Sie am Herz operiert? Ja Nein

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Herzinfarkt? Ja Nein Wenn ja, wann? _____

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar-Patient?) Ja Nein
Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (= Diabetes)? Ja Nein Wenn ja, welcher Typ? _____

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
Neigen Sie zu blauen Flecken/Nachblutungen? Ja Nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C). Welche? _____ Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? Ja Nein
Wurde bei Ihnen ein HIV-, AIDS-Test durchgeführt? Ja Nein
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Rauchen Sie? Ja Nein Falls ja, wie viel pro Tag? _____

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

Schwangerschaft: Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Allgemein: Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben angegeben 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 des
Datenschutzes.**

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine auf Sie persönlich abgestimmte, individuelle Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

Name, Vorname: _____ **Geboren am:** _____

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

Haben Sie jetzt oder gelegentlich Zahnschmerzen? Wenn ja, welche? Seit wann? _____

- | | | | | |
|---|--|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne jeden Tag? | <input type="radio"/> weniger als einmal pro Tag | <input type="radio"/> einmal | <input type="radio"/> zweimal | <input type="radio"/> dreimal |
| 2. Verwenden Sie täglich Zahnseide nach dem Zähneputzen? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 3. Verwenden Sie Interdentalbürstchen (= Zwischenraumbürstchen)? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 4. Sind Ihre Zähne sensibel wenn Sie heiße/kalte oder süße/saure Speisen zu sich nehmen? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 5. Leiden Sie häufig unter Mundgeruch? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 6. Haben Sie Befürchtungen, in einen knackigen, harten Apfel zu beißen? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 7. Naschen Sie regelmäßig Schokolade oder andere Süßigkeiten? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8. Leiden Sie in letzter Zeit unter Zahnfleisch-Bluten, -Entzündung oder -Schwellung? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 9. „Knackst“ oder schmerzt Ihr Kiefergelenk? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 10. Stört Sie zurzeit irgendetwas in Ihrem Mund (besonders für Prothesenträger)? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, was? | _____ | | | |
| 11. Sind Sie mit der Funktion Ihres Zahnersatzes (sofern vorhanden) zufrieden? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Zähne zu „locker“ sind? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 13. Haben Sie häufig Rücken-, Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kopf/ Schulter-Bereich? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 14. Stört Sie die Form Ihrer Zähne? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 15. Stört Sie die Farbe Ihrer Zähne? | | | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Hätten Sie gerne Informationen von Ihrem Zahnarzt zu den folgenden Themen:

- Zahnerhalt statt Zahnersatz
- Minimalinvasive Füllungs- und Operationstechniken
- Einfühlsame, schmerzfreie Behandlung, inkl. „Bohren ohne Bohrer“ (KCP)
- Behandlung unter Sedierung (=Dämmerschlaf)
- Professionelle Zahnreinigung („PZR“), bzw. individuelle Aufklärung für eine bessere Mundhygiene
- Schonende und effektive Parodontose-Behandlung mit Ultraschall und Laser
- Amalgamaustausch, Amalgamsanierung und Alternativmaterialien
- Endodontie (= Wurzelbehandlung) mit OP-Mikroskop und Laser
- Ästhetische Zahnbehandlung: schöne, weiße, metallfreie, vollkeramische Versorgung, Veneers, „unsichtbare Füllungen“
- Bleaching (Zahnfarbtaufhellung – „weiße Zähne“)
- Bioverträgliche Implantate, auch bei schwierigen Kieferknochenverhältnissen einsetzbar
computerunterstützte 3-D Implantationsplanung
- Sportschutz-Schienen, Aufbiss-Schienen, Prothesenreinigung
- Sonstiges: _____

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

Erinnerung: per Telefon per Post per E-Mail: _____

Umfrage



Helfen Sie uns, unsere Patienten besser kennen zu lernen, und wie und warum Sie zu uns gekommen sind. Dadurch können wir Sie und alle unsere Patienten zukünftig noch besser behandeln. Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Wie sind Sie auf uns zu gekommen?

- Über Empfehlung eines unserer Patienten. Name, Vorname: _____
- Über das Telefonbuch/die Gelben Seiten (Printmedium):
 - Telefonbuch Gelbe Seiten Gelbe Seiten Regional Das Örtliche
 - Anderes Telefonbuch/ Branchenverzeichnis: _____
- Übers Internet
 - Über eine Suchmaschine:
 - Google Google Maps Yahoo Lycos Fireball Andere: _____
 - Welche **Suchwörter** („Keywords“) hatten Sie eingegeben?: _____
 - Über einen Auskunftsdienst oder Zahnärzte-Verzeichnis im Internet:
 - www.teleauskunft.de (Telefonbuch, GelbeSeiten...) www.gelbeseiten.de www.dastelefonbuch.de
 - www.stadtbranchenbuch.com www.goyellow.de www.imedo.de www.KennstDuEinen.de
 - www.telefonauskunft.de www.klicktel.de www.11880.com www.koblenz.de
 - www.zahnarzt-empfehlung.de www.die-zahnarzttempfehlung.com www.jameda.de
 - Anderes: _____
- Haben Sie unsere Homepage besucht (www.zahnarzt-koblenz-bahnhof.de)?
 - Wie hat sie Ihnen gefallen? _____
 - Fanden Sie, was Sie gesucht hatten? _____
 - Waren Sie mit den Informationen zufrieden? _____
 - Was hat Ihnen besonders gut gefallen? _____
 - Gab es etwas, was Ihnen gefehlt oder nicht gefallen hat? _____
- Über eine telefonische Auskunft. Welche? _____
- Haben Sie unser Eingangs-Schild von der Straße aus gesehen?
- Haben Sie ein Werbeplakat von uns gesehen?
- Ich erhielt einen Gutschein für eine Professionelle Zahnreinigung/ Bleaching von...
 - einem ihrer Mitarbeiter (Name: _____)
 - einem Bekannten/ Kollegen/ Verwandten (Name: _____)
- Sonstige Quelle (Zeitung, Zeitschrift, kostenlose Zeitung...): _____

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis verändern würden, was wäre das? _____

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis loben würden, was wäre das? _____

Was erwarten Sie von einem guten Zahnarzt? _____

Wovor haben Sie am meisten Angst beim Zahnarzt? Was würde Sie am meisten stören? Was mögen Sie am wenigsten? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! (Bei Bedarf können Sie auch auf der Rückseite schreiben)