



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Personenbezogene Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.g-ba.de/beschluesse/4036](http://www.g-ba.de/beschluesse/4036).

Sollte Ihnen das Ausfüllen des Anamnesebogens Schwierigkeiten bereiten, so sprechen Sie uns bitte an. Je besser wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln.

### Wichtige Informationen zur Praxisorganisation:

Wir verstehen uns als eine moderne und vorsorgeorientierte Praxis. Ein Teil unserer Behandlungsstrategie ist ein umfangreiches **Solo-Prophylaxe**-Konzept. Wir sehen den Sinn nicht nur in der Behandlung von schon bestehenden Erkrankungen, sondern mehr in deren Vorbeugung. Denn nur gesunde Zähne erhalten Ihnen Ihr Lächeln und Ihre Lebensqualität.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen **Bestellpraxis**. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, Ihren Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 h vorher mitteilen. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Ausfallrechnung für die Bereitstellungskosten (nach § 615 /280 BGB) in Rechnung gestellt werden kann. Diese beträgt zurzeit 100 € je Stunde beim Zahnarzt und für versäumte Termine in der Prophylaxesprechstunde 50 € je Stunde.

**Termine** vergeben wir grundsätzlich nur **nach Vereinbarung**. Sollten bei Ihnen akute Beschwerden auftreten = heftige Zahnschmerzen, so melden Sie sich bitte zu Sprechstundenbeginn telefonisch in der Praxis, damit wir Sie zeitnah, ohne übermäßig lange Wartezeiten im Tagesverlauf einplanen können. (keine Akutfälle sind: rausgefallene Füllung, Kälteempfindlichkeit eines Zahnes, lockere Krone = Termin)

**Beim Zahnarzt können, je nach gewählter Behandlung, Eigenanteilsrechnungen anfallen.** Das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass wir uns zu 100 % auf Ihre Behandlung konzentrieren können. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, übertragen wir die Rechnungslegung, nach vorheriger Bonitätsprüfung an die Bfs health finance AG Abrechnungsgesellschaft. Die Rechnungsstellung ist für Sie selbstverständlich kostenlos und bietet Ihnen darüber hinaus zusätzlichen Service, wie z.B. Ratenvereinbarungen.

**Barzahlung** und **EC-Kartenzahlung** sind natürlich auch in der Praxis möglich.

Unsere Behandlungsstühle sind nur bis zu einem Maximalgewicht von 135 Kilogramm zugelassen. Laut Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind wir als Praxis verpflichtet, bei Überschreitung an eine speziell ausgestattete Zahnarztpraxis oder Klinik zu verweisen.

Wir nehmen den **Datenschutz** sehr ernst! Daher bitten wir Sie, die **Tür zum Wartezimmer** stets geschlossen zu halten, damit wir Ihr Anliegen im Rezeptionsbereich in ruhiger Atmosphäre ohne Zuhörer besprechen können.

Ist der Anmeldebereich einmal nicht besetzt, sind alle Mitarbeiter in der Behandlung und wir bitten Sie um ein wenig Geduld.

Vielen Dank

**Ich habe die Informationen gelesen und verstanden.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen

### Persönliche Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Welche Zusatzversicherung haben Sie? \_\_\_\_\_

Privat versichert

Pflegegrad? 1  2  3

➔ Betreuungsperson: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen

**zutreffendes bitte ankreuzen**

Allergien?

➔ Welche? \_\_\_\_\_

Allergie oder Unverträglichkeit auf Medikamente?

➔ Welches \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung - z.B. COPD, Asthma?

Herzerkrankung

Herzschrittmacher

Künstliche Herzklappen

Stents

Hoher Blutdruck

Blutverdünner

Welche: \_\_\_\_\_

Diabetes

Typ 1  Typ 2

aktueller HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**



**zutreffendes bitte ankreuzen**

- Tumorerkrankung (Krebs)  
→ seit wann? \_\_\_\_\_ welcher? \_\_\_\_\_
- aktuell Medikamente nach Tumorerkrankung?  
→ Welche: \_\_\_\_\_
- Hepatitis? A  B  C   
Jahr: \_\_\_\_\_
- Tuberkulose?  
Jahr: \_\_\_\_\_
- HIV/ Aids
- Osteoporose  
Medikamente? \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung  
Welche? \_\_\_\_\_
- Epilepsie
- Sonstige schwere Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Medikamente vom Arzt verordnet? Welche?  
\_\_\_\_\_

**Bitte Medikamentenliste mitbringen!**

- Hatten Sie im letzten Jahr eine Herz-, Knie-, Hüft- oder sonstige Operation?  
→ Welche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?
- Nehmen Sie Drogen?
- Übermäßiger Alkoholkonsum?
- Schwangerschaft? → Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Grund Ihres Besuches in unserer Praxis? \_\_\_\_\_

*(Vorsorgeuntersuchung, Prophylaxe, Zahnschmerzen, Zahnfleischbluten, Migräne/ Kopfschmerzen, Knirschen, Kiefergelenksbeschwerden  
Mundgeruch, neuer Zahnersatz nötig)*

- Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf eine zahnärztliche Spritze?**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden? \_\_\_\_\_

*(Ärztelhaus, Internet, Empfehlung)*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_