ZAHNDOCK
ALBERTSEN & KOLLEGEN

KATHARINA ALBERTSEN
ZAHNÄRZTIN

ZAHNARZTPRAXIS **ZAHNDOCK**
Neue Straße 6, 26316 Varel
Tel.: 04451 54 40
info@zahn-dock.de
www.zahn-dock.de

Herzlich willkommen

Hier einige Informationen für unsere Patienten.

Hinweis für sozialversicherte Patienten:
Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte soll laut Kassenvertrag eine Privatabrechnung erfolgen. Ihre Karte muss spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht werden. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:
Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material und Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte /Ärzte Frau Albertsen von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte / Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

KATHARINA ALBERTSEN
ZAHNÄRZTIN

ZAHNARZTPRAXIS **ZAHNDOCK**
Neue Straße 6, 26316 Varel
Tel.: 04451 54 40
info@zahn-dock.de - www.zahn-dock.de

ZAHNDOCK
ALBERTSEN & KOLLEGEN

ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche bemühen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort _____

Telefon (Privat): _____ Beruf: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert	○ ja	○ nein	privat versichert	○ ja	○ nein
Basistarif	○ ja	○ nein	Zusatzversicherung	○ ja	○ nein
beihilfeberechtigt	○ ja	○ nein			

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt

Name: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Danke.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

BITTE WENDEN

ANAMNESE (Seite 2)

Warum besuchen Sie uns?

- ◯ Routinekontrolle
- ◯ Beratung
- ◯ Schmerzbehandlung
- ◯ neuen Zahnersatz
- ◯ zweite Meinung
- ◯ andere Gründe

Haben sie akute Schmerzen? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ◯ Dauerschmerz
- ◯ Zähne reagieren auf süß / sauer
- ◯ manche Zähne sind temperaturempfindlich
- ◯ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ◯ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ◯ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...	**ja**	**nein**
Herzens oder Kreislaufs	◯	◯
Leber	◯	◯
Nieren	◯	◯
Schilddrüse	◯	◯
Magen-Darm-Traktes	◯	◯
Gelenke	◯	◯
Wirbelsäule	◯	◯

Haben oder hatten Sie...	**ja**	**nein**
hohen Blutdruck	◯	◯
niedrigen Blutdruck	◯	◯
Diabetes	◯	◯
Zahnfleischbluten	◯	◯
Ohrensausen / Tinnitus	◯	◯
Epilepsie	◯	◯
Grüner Star	◯	◯
eine Schilddrüsenerkrankung	◯	◯
Rheuma	◯	◯
Tuberkulose	◯	◯
HIV (Aids)	◯	◯
Hepatitis	◯	◯
Wenn ja, welcher Typ?	A◯	B◯ C◯
Allergien	◯	◯

Wenn ja, wogegen?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n...

- ◯ Herzklappenentzündung
- ◯ Herzschrittmacher
- ◯ Angina Pectoris
- ◯ künstliche Herzklappe
- ◯ Stents
- ◯ Bypass
- ◯ Herzinfarkt

Welche Medikamente nehmen Sie?

- ◯ Herzmedikamente
- ◯ blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis, Aspirin, Plavix, oder andere:

- ◯ Schmerzmittel
- ◯ Cortison (Kortikoide)
- ◯ sonstige Medikamente:
- ◯ Antidepressiva
- ◯ Bisphosphate

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, gegen welche?

Für unsere Patientinnen

Sind sie schwanger? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, in welche Woche? _____

Stillen Sie zurzeit? ◯ ja ◯ nein

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ◯ ja ◯ nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ◯ ja ◯ nein

Rauchen Sie? ◯ ja ◯ nein

Pflegegrad ◯ ja ◯ nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Elektronische Patientenakte (ePA)

Besitzen Sie eine elektronische Patientenakte (ePA) ◯ ja ◯ nein

Möchten Sie, dass wir diese befüllen? ◯ ja ◯ nein

Fragen / Anmerkungen

Datum, Unterschrift:

ZAHNDOCK
ALBERTSEN & KOLLEGEN

KATHARINA ALBERTSEN
ZAHNÄRZTIN

ZAHNARZTPRAXIS **ZAHNDOCK**
Neue Straße 6, 26316 Varel
Tel.: 04451 54 40
info@zahn-dock.de
www.zahn-dock.de

Liebe/r Patient/innen,

falls Sie mal einen Termin nicht einhalten können, dann denken Sie bitte daran, Ihren Termin frühzeitig telefonisch oder per Mail abzusagen (min. 24 Std. vorher).

Manchmal kommt eben was dazwischen und dafür haben wir Verständnis.

Aber auch wir reservieren unsere Zeit ausschließlich für Sie und nicht abgesagte Termine verursachen Leerzeiten und Verdienstausfälle für uns.

Daher müssen wir künftig nicht eingehaltene Termine mit 50€ in Rechnung stellen.
Ab dem 3. nicht abgesagten Termin behalten wir uns das Recht vor, weitere Behandlungen abzulehnen.

Aus diesem Grund bitten wir Sie in unserem und Ihrem Interesse, die Termine pünktlich abzusagen.

Einverständniserklärung über Aufklärung bei Termin-Nichteinhaltung

Name Patient/in: _____

Mir ist bekannt, dass mein Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, im Falle einer Verhinderung rechtzeitig abzusagen (min. 24 Std. vorher-> telefonisch oder per Mail). Somit besteht die Möglichkeit, noch „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Versäumte Termine werden mit 50€ in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den oben genannten Text aufgeklärt wurde und einverstanden bin. Ich willige ein, bei Nichteinhaltung des Termins die Ausfallgebühr zu bezahlen und bei Nichteinhaltung ab dem 3. Termin für weitere Behandlungen abgelehnt zu werden.

_____ _____

Datum, Unterschrift Patient Unterschrift Zahnärztin