



## 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 sowie 10 EUR Praxisgebühr 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

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