



CHARLES A. SMITH, DDS & KOLLEGEN

Spezialisten für Ästhetische Zahnheilkunde

Anmelde- und Anamnesebogen

Patient		Hauptversicherter	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geb.-Datum	Geburtsort	Geb.-Datum	Geburtsort
PLZ, Wohnort		PLZ, Wohnort	
Straße		Straße	
	Nr.		Nr.
Telefon	Fax	Telefon	Fax
Email		Email	
Beruf		Beruf	
Arbeitgeber	Telefon		
Krankenkasse		<input type="radio"/> privatversichert	<input type="radio"/> private Zusatzversicherung
		<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig versichert
		<input type="radio"/> beihilfeberechtigt	

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis?

Weshalb kommen Sie zur Behandlung?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal gerönt?

	ja	nein		ja	nein
War die letzte Behandlung abgeschlossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie häufiger Kopf- und/oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz Ihrem "Lächeln" zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Sind Zähne locker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an zeitgemäßen hochwertigen zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen/Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Wünschen Sie insbesondere über unser systematisches Individualprophylaxe-Programm zur Vermeidung von Karies und Paradontose informiert zu werden? Ja, ich möchte in Zukunft mein Karies- und Paradontoserisiko senken.

Wünschen Sie besondere Beratung über:

Amalganentfernung und Schadstoffausleitung	<input type="radio"/>	Regeneration und Gesunderhaltung des Zahnfleisches (Paradontitisbehandlung)	<input type="radio"/>
Hochwertige zahnfarbene Füllungen	<input type="radio"/>	Zahnärztliche Implantate (Branemark-System)	<input type="radio"/>
Hochwertige mattierte Goldinlays	<input type="radio"/>	Besondere Verfahren der ästhetischen Zahnmedizin, z.B. keram. Verblendschalen (Veneers), Zahnfarbenaufhellung (Bleaching)	<input type="radio"/>
Hochwertigen ästhetischen Zahnersatz	<input type="radio"/>		

Fragen zu vorhandenen Erkrankungen

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Dieser Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit ändern, bitten wir Sie, uns zu Ihrer eigenen Sicherheit zu unterrichten, so daß wir auf die veränderte Situation eingehen können.

	Nein	Ja	Wenn ja, bitte näheres
Waren Sie kürzlich oder sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen oder andere Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wurde bei Ihnen ein HIV/AIDS-Test gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz oder Kreislauferkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ohnmachtserscheinung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutkrankheiten, Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hepatitis/Gelbsucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma; evtl. Allergiepass)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes/Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?			

Name: _____

Telefon: _____

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung/Lokalanästhesie notwendig sein, beachten Sie bitte, daß eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist, und Sie daher im Straßenverkehr besonders vorsichtig sein sollten.

Hinweis zur Organisation:

Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Das bedeutet, die vereinbarte Zeit ist für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen für Sie daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorgesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie um umgehende Benachrichtigung damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls sind wir berechtigt, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§§304,614 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Damit wir möglichst viel Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben, versuchen wir auf dem Wege modernster Arbeitsteilung den Zeitaufwand für die Praxisverwaltung so gering wie möglich zu halten. Daher werden wir die ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, Düsseldorf mit der Erstellung und dem Einzug unserer Liquidation beauftragen. Die ZA erhält hierzu von uns die erforderlichen Daten, die jedoch, mit Ausnahme Ihrer Adresse, nicht gespeichert werden.

Wir möchten Sie bitten, Ihr Einverständnis zu diesem Verfahren mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____