

# Zahnarztpraxis

## Dr. Tobias Witzel

Am Mühlgraben 6a - 63927 Bürgstadt  
Telefon: 09371 5242 - Telefax: 09371 6508056



### Anmeldebogen mit Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen):



Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-datum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
 Tel. mobil \_\_\_\_\_  
 Emailadresse: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
 Sind Sie privat versichert: .....  ja  nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll evtl. Rechnungen erhalten?  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? .....  ja  nein

### Bestehen gesundheitliche Risiken?



Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie einen Allergiepass? .....  ja  nein  
 Reagieren Sie überempfindlich/allergisch auf bestimmte Stoffe? .....  ja  nein  
 Haben Sie Blutgerinnungsstörungen (bluterkrank, Aspirin, Godamed, Markumar, Kumarin, Xarelto etc.)? .....  ja  nein  
 Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? .....  ja  nein  
 Haben Sie infektiöskrankheiten wie HIV, Hepatitis, Tuberculose etc.? .....  ja  nein  
 Haben Sie Diabetes? .....  ja  nein  
 Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?.....  ja  nein  
 Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? .....  ja  nein  
 Haben Sie grünen Star (erhöhten Augeninnendruck) ?.....  ja  nein  
 Haben Sie Asthma? .....  ja  nein  
 Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_ Woche  ja  nein  
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Zur Kontrolle.....  ja  nein  
 Haben Sie momentan Zahnbeschwerden? .....  ja  nein  
 Sind Sie mit Ihrem momentanen Zahnersatz zufrieden?.....  ja  nein  
 Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?.....  ja  nein  
 Fand eine Röntgenuntersuchung im Kopfbereich statt? .....  ja  nein  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin unverbindlich erinnern?.....  ja  nein  
 Dürfen wir für unsere Kartei ein Foto von Ihnen machen?.....  ja  nein  
 Haben Sie kurzfristig Zeit, wenn bei uns ein Termin frei wird?.....  ja  nein



Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
 Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

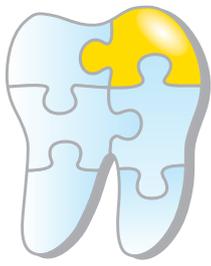


*Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.*

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift





# Einverständniserklärung

## Die „Betäubungsspritze“

In vielen Fällen ist eine Zahnbehandlung ohne die sog. Lokalanästhesie, also die örtliche Betäubung, nicht oder nur schwer möglich. Auch wenn die Risiken und Nebenwirkungen bei diesem Routineeingriff äußerst gering sind, so müssen wir Sie doch vorher von Rechts wegen darüber in Kenntnis setzen: Die Betäubungssubstanz kann eine Unverträglichkeitsreaktion des Körpers hervorrufen, die von Unwohlsein bis zu massiven Kreislaufbeschwerden reichen kann.

Bei der Injektion können anatomische Strukturen wie Blutgefäße oder Nerven (N. lingualis, N. buccalis, N. alveolaris inferior, N. facialis) getroffen werden, was sich in einem Bluterguss (Hämatom) oder der zeitweisen, selten auch dauerhaften Beeinträchtigung des Gefühls (Taubheit), Geschmackssinns oder der Motorik äußern kann. In manchen Fällen besteht die Alternative, eine sog. Intraligamentäranästhesie anstelle der wirkungsvolleren Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie durchzuführen, was jedoch im Einzelfall abgewägt werden muss.

Falls Sie keine Anästhesie wünschen, sagen Sie dies bitte immer. Bei bestehender Schwangerschaft teilen Sie auch dies dem Arzt bitte immer mit. Gleiches gilt für Allergien und Unverträglichkeiten. Als letzten Punkt wollen wir Sie noch darauf hinweisen, dass die Anästhesie das Führen von Fahrzeugen und Maschinen beeinträchtigen kann.

Bitte sein Sie nun nicht beunruhigt. Generell entstehen Komplikationen der oben aufgeführten Art nur äußerst selten.

## Abbruch von Behandlungen

Wird eine Behandlung, die sich über mehrere Termine erstreckt begonnen und nicht zu Ende geführt, so können Kosten entstehen (z.B. Labor), die wir soweit uns möglich mit den Krankenkassen abrechnen. Dies ist jedoch nicht in jedem Falle durchführbar, weshalb wir uns vorbehalten, die offenen Posten dem Patienten privat in Rechnung zu stellen.

## Kostenübernahme durch Versicherer

Wir informieren Sie selbstverständlich über die entstehenden Kosten. Welcher Anteil davon von priv. Kostenträgern oder Beihilfe rückerstattet wird, entzieht sich jedoch unserem Einfluss. Privat „standard- oder basisversicherten“ Patienten stellen wir die Leistungen zum üblichen Satz in Rechnung.

Einen gesetzlichen Forderungsübergang der Honorar- und Laborkosten auf Dritte (=Versicherer) nach § 194 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 86 Abs. 1 VVG schließen wir aus, denn unser Vertragspartner ist ausschließlich der jeweilige Patient/Versicherte.

## Terminmanagement

Um Ihre Wartezeit so kurz wie irgend möglich zu halten, führen wir ein genau geplantes Terminsystem ohne „Patientenpuffer im Wartezimmer“. Wir bitten Sie daher pünktlich zu erscheinen und - falls Sie einmal verhindert sein sollten - uns rechtzeitig, d.h. mindestens 24h vorher persönlich Bescheid zu geben (Telefon), um umplanen zu können. Vor Wochenenden/Feiertagen verlängert sich diese Frist um deren Dauer. Wir behalten uns das Recht vor, bei verschuldet nicht wahrgenommenen oder zu kurzfristig abgesagten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe des entstandenen Schadens in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

**Ich habe von der schriftlichen u. persönlichen Aufklärung über die vier obigen Punkte Kenntnis genommen, diese verstanden und genug Zeit zum Überdenken gehabt. Weitergehende Fragen bestehen nicht, bzw. wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_