



Praxisgemeinschaft Zä. Katja Boldt, Dr. Wolfgang Matscheck

Anmeldung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, daß Sie unsere Praxis ausgewählt haben und uns Ihre Gesundheit anvertrauen. Bitte erschrecken Sie nicht über die Vielzahl der Fragen! Sie dienen Ihrer Behandlungsqualität. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen – bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Erlaubnis nicht weitergegeben.

| Patient | Versicherter (nur falls anders als Patient) |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| geb.: | geb.: |
| Straße: | Straße: |
| PLZ : Ort: | PLZ : Ort: |
| Telefon privat:Fax: | Telefon privat:Fax: |
| Arbeitgeber: | Telefon geschäftl.:Fax: |
| Beruf: | |
| Telefon geschäftl.:Fax: | |

| Versicherung | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| privat versichert | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Vers.: |
| freiwillig versichert | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Krankenkasse : |
| pfllichtversichert | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Krankenkasse : |
| privat zusatzversichert | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Vers.: |
| beihilfeversichert | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; wenn ja, welche Vers.: |
| Kommen Sie durch eine Empfehlung/Überweisung?: | |

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Ihre Praxis Boldt / Matscheck



Praxisgemeinschaft Zä. Katja Boldt, Dr. Wolfgang Matscheck

Um für Sie eine optimale Betreuung und Therapie zu finden, interessieren wir uns für Ihre Wünsche:

Wünschen Sie bei jeder (möglich. schmerzhaften) Behandlung eine örtl. Betäubung ? ja nein

Wurden Sie über mögliche Schädigungen von Nerven bei der Anästhesie aufgeklärt? ja nein

Sind Sie an zahnärztlicher Prophylaxe interessiert, ja nein
auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden? ja nein

Wünschen Sie bei Notwendigkeit die Berücksichtigung Ihrer Kieferbewegungsfunktion, ja nein
auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden? ja nein

Wünschen Sie eine Behandlung auf dem neuesten Stand der fachlichen Möglichkeiten, ja nein
auch wenn die Kosten von Ihrer Versicherung nicht getragen werden? ja nein

Wichtige Hinweise:

Wir möchten an dieser Stelle dringend darauf hinweisen, dass nach einer örtlicher Betäubung Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Insbesondere Anästhesien (Betäubungen) im Unterkieferbereich sind mit einem wenn auch nur geringem Risiko einer Nervschädigung des Zungen - (Nervus lingualis) und des Lippennervens (Nervus mandibularis) verbunden.

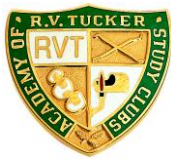
Durch Ihre Terminvereinbarung mit uns wird für Sie ein bestimmter Zeitraum exklusiv reserviert. Ihr Vorteil ist, daß Sie daher kaum Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und wir uns voll auf Ihre Behandlung konzentrieren können! Daher ist es sehr wichtig, dass Sie bitte pünktlich zu Ihrem Termin erscheinen oder uns rechtzeitig über eine Verzögerungen informieren.

Terminabsagen sind bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin nicht kostenpflichtig

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlungskosten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden, sofern nicht innerhalb von 10 Tagen eine Krankenversicherungskarte oder ein Zahnbehandlungsschein einer gesetzlichen Krankenkasse vorliegt.

Datum :Unterschrift :

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Ihre Praxis Boldt / Matscheck



Praxismgemeinschaft Zä. Katja Boldt, Dr. Wolfgang Matscheck

Gesundheitsfragebogen

Patientenname: **geb.:**.....

Leiden Sie an:

Herz/Kreislaufferkrankungen

- Bluthochdruck ja nein
- Herzklappendefekt ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endocarditis/Myocarditis ja nein

Infektionserkrankungen

- Hepatitis ja nein
- HIV/AIDS ja nein
- Tuberkulose / Andere ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten (falls Allergiepaß vorhanden, bitte zeigen Sie ihn uns)

- Lokalanästhesie ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle ja nein
- Latex ja nein
- Sonstige ja nein

Weitere Erkrankungen

- Krampfleiden (Epilepsie) ja nein
- Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Diabetes ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Osteoporose ja nein
- Augenerkrankungen ja nein
- psychische Erkrankungen ja nein
- Suchtleiden ja nein
- sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ? ja nein ; wenn ja welche :

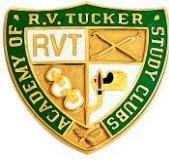
.....

.....

Muss bei Ihnen eine Prophylaxe mit Antibiotika vor invasiven Eingriffen vorgenommen werden?

ja nein ; wenn ja welches Medikament wird dabei benötigt? : bitte wenden

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Ihre Praxis Boldt / Matscheck



Praxismgemeinschaft Zä. Katja Boldt, Dr. Wolfgang Matscheck

- Haben Sie sich in den letzten Jahren einer Operation unterziehen müssen? ja nein
Welcher ?.....
- Wurden bei Ihnen Strahlenbehandlungen durchgeführt ? (z.B. Tumorbehandlung) ja nein
- Haben Sie sich jemals einer Tumorbehandlung unterziehen müssen? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine Organverpflanzung vorgenommen? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente zur Senkung Ihrer Abwehrkräfte? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate für Ihren Knochenstoffwechsel? ja nein
- Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
- besteht eine Schwangerschaft ? ja nein unsicher , wenn ja, welcher Monat:
- Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen / Migräne? ja nein
- Waren Sie regelmäßig (alle 6 Monate Kontrolle) in zahnärztlicher Behandlung? ja nein
- Bestand oder besteht bei Ihnen Zahnfleischbluten? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine Parodontitis(Zahnfleisch)behandlung durchgeführt? ja nein
Wenn ja – wann?
- Beobachten Sie Zahnwanderungen? ja nein
- Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Pressen Sie mit den Zähnen mit den Lippen mit der Zunge ? ja nein
- Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz? (z.B. Kronen u. Brücken) ja nein
- Im Oberkiefer ? seitJahren Im Unterkiefer? seitJahren
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? z.B. Prothesen ja nein
- Im Oberkiefer ? seitJahren Im Unterkiefer? seitJahren

Hausarzt :

vorbehandelnder Zahnarzt :

Ich werde Änderungen dieser Angaben während der bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen mitteilen.

Seelscheid, den

Unterschrift:

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.
Ihre Praxis Boldt / Matscheck