



## Liebe Patientin, lieber Patient!

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

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein privat versichert\*  ja  nein Basistarif  ja  nein

Zusatzversicherung\*  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein

### \*Wichtig für Privatversicherte / Zusatzversicherte

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die beigefügte Information bzgl. Kostenerstattung und Bescheinigungen zur Kenntnis genommen haben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. **Wir behalten uns vor, nicht rechtzeitig abgesagte oder versäumte Termine/Behandlungen in Rechnung zu stellen.**

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

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 gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### In eigener Sache - Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

-bitte wenden-

**Haben Sie einen Pflegegrad /Stufe?**  ja  nein  
Wenn ja, welchen?  1  2  3  
Bitte legen Sie einen entsprechenden Nachweis vor.

**Haben Sie akute Schmerzen?**  ja  nein

**Wenn ja, wie äußern sich diese?**

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

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...**

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein
- Asthma / Atemwegserkrankung  ja  nein

**Haben oder hatten Sie ...**

- hohen Blutdruck  ja  nein
- niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  B  C
- Wenn ja, welcher Typ?  A  ja  nein
- Allergien  ja  nein
- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionen/ Erkrankungen:

---

---

---

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...**

- Herzklappenentzündung  Angina Pectoris
- Herzschrittmacher  Herzinfarkt

**Medikamente: Nehmen Sie ...**

- Herzmedikamente  Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel  Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- andere Medikamente:

---

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 welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Zum Schluss**

- Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?

(Bitte E-Mail-Adresse auf Seite 1 angeben)  ja  nein

**Fragen / Anmerkungen**

---

---

---

Datum

Unterschrift

## INFORMATION BEZÜGLICH KOSTENERSTATTUNG UND BESCHEINIGUNGEN

### Sehr geehrte/r Patient/in,

die Erfahrungen zeigen, dass bei der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen und durch Beihilfestellen sehr häufig „Diskussionen“ zur Erstattung seitens der Erstattungsstellen auftreten. Deshalb möchten wir Sie heute vorsorglich über mögliche „Missverständnisse“ diesbezüglich aufklären.

Bei der Behandlung eines Privatpatienten oder bei Privatleistungen für Kassenpatienten kommt es zu einer **Rechtsbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt**. Unabhängig davon besteht zwischen Patient und seiner kostenerstattenden Stelle eine zweite, von der Rechtsbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt völlig **unabhängige Rechtsbeziehung**.

Im Rechtsverhältnis Patient/Zahnarzt gelten für die Honorargestaltung die Vorschriften der Gebührenverordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ). Dabei orientiert sich der Zahnarzt in Zweifelsfragen an den Rechtsauffassungen der Bundeszahnärztekammer oder der zuständigen Zahnärztekammer.

In der Rechtsbeziehung Patient/kostenerstattende Stelle finden neben der GOZ und GOÄ zudem meist noch ergänzende Bestimmungen des jeweiligen, individuellen Versicherungsvertrages, tarifvertragliche Regelungen, Beihilferichtlinien und nicht zuletzt die persönlichen Auffassungen der kostenerstattenden Stelle, bzw. dessen Vertreter (Sachbearbeiter), zu den verordnungsrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung Anwendung.

Häufig verfügt der entsprechende Sachbearbeiter leider über keinerlei zahnmedizinische Fachkenntnisse, in den seltensten Fällen wird er über eine Ausbildung in einem zahnmedizinischen Beruf oder eine zahnärztlichen Approbation verfügen.

Dies erschwert eine objektive Beurteilung einer zahnärztlichen Liquidation natürlich ebenfalls in erheblichem Maße. Dies alles führt teilweise dazu, dass von Seiten der kostenerstattenden Stellen abweichende Interpretationen, Forderungen und teilweise subjektive Aussagen im Rahmen der Bearbeitung von Liquidationen und Behandlungsplänen getroffen werden, die unter Umständen sogar im Widerspruch zu den zahnärztlichen Auffassungen zur Gebührenordnung stehen können.

Die Liquidationserstellung (**Berechnungsfähigkeit**) und die Liquidationserstattung (**Erstattungsfähigkeit**) sind zwei **voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge**.

Deshalb darf und kann der Zahnarzt seine Liquidation nicht nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch die jeweilige kostenerstattende Stelle.

Deshalb bitten wir Sie heute, auf dem Anamnesebogen zu unterschreiben, um damit sicherzustellen, dass Sie die entsprechende Aufklärung erhalten haben.

**Auskünfte und Bescheinigungen werden von uns, wie gesetzlich vorgesehen, berechnet.**

Dies gilt z. B. auch für die von den Krankenkassen herausgegebenen Checkhefte. Gern kopieren wir Ihnen Ihr Bonusheft kostenfrei, als Nachweis für Ihre Krankenkasse.

Kostenfrei bleibt selbstverständlich das Bonusheft und die Bescheinigung für die Schule oder den Arbeitgeber.

Für diesbezügliche Fragen können sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

## FRAGEBOGEN COVID-19

### Kriterien, aus denen ein Verdacht einer Infektion mit COVID-19 abgeleitet werden könnten:

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem Coronavirus infiziert sind?

- ja  nein

Wurde bei Ihnen ein Abstrich oder Bluttest gemacht?

- ja  nein

Befinden Sie sich in einer vom Gesundheitsamt angewiesenen Quarantäne?

- ja  nein

Haben Sie Symptome einer Erkältungskrankheit?

- Fieber  Husten

- Schnupfen  Halsschmerzen

- Probleme mit dem Schmecken und Riechen