

Willkommensbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für Ihre individuelle Beratung und Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Ihre Angaben sind freiwillig. **Allerdings ist eine Behandlung ohne Angaben nicht möglich.**

Alle Angaben auf diesem Befundbogen, incl. einem Foto für unsere Kartei, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Angaben zu Ihrer Person:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort (freiwillige Angabe): _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Tel. mobil: _____

Tel. Festnetz: _____

Tel. Arbeit: _____

E-Mail: _____

Beruf (freiwillige Angabe): _____

Angaben zur Krankenversicherung:

Name Ihrer Versicherung: _____

Versicherungsnehmer falls abweichend mit Geb. Datum:

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Privat versichert | ☐ Selbstzahler |
| ☐ Gesetzlich versichert | ☐ Beihilfe |
| ☐ Freiwillig gesetzlich versichert | ☐ Basistarif |
| ☐ Private Zusatzversicherung, Wo zusatzversichert? | |

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

☐ ja Für Frauen: Sind Sie schwanger? Schwangerschaftswoche: _____

☐ ja Haben Sie einen Pflegegrad? Pflegegrad: _____

☐ ja Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

Leiden oder litten Sie an:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kreislaufbeschwerden | ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Niedriger Blutdruck |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Diabetes | ☐ Lebererkrankungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Darmerkrankungen |
| ☐ Hepatitis (A, B oder C) | ☐ HIV | ☐ Latexallergie |
| ☐ Magenerkrankungen | ☐ Tuberkulose (TBC) | ☐ Rheuma |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Asthma | ☐ Epilepsie |
| ☐ Migräne | ☐ grüner Star | ☐ MRSA |
| ☐ Krebserkrankung | ☐ Allergien | ☐ Creutzfeldt-Jakob |

Wenn ja, welche: _____

- ☐ ja Haben Sie einen Allergiepass?
- ☐ ja Blutungsneigung oder Blutgerinnungsstörungen
- ☐ ja Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- ☐ ja Treten oder traten Nebenwirkungen nach Spritzen auf?
- ☐ ja Nehmen Sie Medikamente ein wie z.B. Blutverdünner, Cortison, Chemotherapeutika, Hormone, Antidepressiva, Antiepileptika, Antirheumatika, Medikamente gegen Leukämie, Anämie oder Osteoporose, regelmäßig Schmerzmittel?

Wenn ja, welche: _____

- ☐ ja **Rauchen Sie?** Herkömmliche Zigarette / E-Zigarette (bitte unterstreichen)
- ☐ ja Besteht eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit?
- ☐ ja Bestehen sonstige gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Zahnschmerzen? Wenn ja, seit wann _____

- ☐ ja Wurden ihre Zähne kieferorthopädisch reguliert? (bitte unterstreichen)

Festsitzend mit Brackets Herausnehmbare Apparatur

- Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt?
- ☐ ja
 - ☐ weiß nicht

Was ist Ihr Anliegen an uns?

- ☐ Gründliche Untersuchung ☐ Prophylaxe ☐ Implantatberatung
☐ Parodontose-Check ☐ Hellere Zähne ☐ Zahnschutz/Dentcoat
☐ Zweitmeinung ☐ Röntgenuntersuchung 3-D

Sonstige Anliegen: _____

Informationen zu Ihren Zähnen und Ihrer Zahngesundheit:

- ☐ Haben Sie gelegentlich oder häufig Zahnfleischbluten?
☐ Haben Sie Mundgeruch? manchmal häufig (bitte unterstreichen)
☐ Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht?
☐ Besitzen Sie einen Röntgenpass?
☐ Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen?
☐ Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? (bitte unterstreichen)
manchmal weiß nicht
☐ Haben Sie gelegentlich oder oft Nackenverspannungen/ Kopfschmerzen?
oder Ohrenschmerzen ☐ bzw. Ohrensausen/Tinnitus ☐

Wenn ja, welche: _____

Information bei Terminverschiebungen und zur Terminerinnerung:

Wir sind auf Ihren Termin vorbereitet und bitten Sie, pünktlich zum vereinbarten Termin zu erscheinen. Alle unsere Patienten haben, genauso wie Sie, einen vollen Terminkalender. Kurzfristige Terminverschiebungen sind deshalb mit organisatorischem Aufwand verbunden.

Sollten Sie einmal Zahnschmerzen haben, bekommen Sie bei uns als Patient immer einen zeitnahen Termin.

Falls Sie Ihren Behandlungstermin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte frühstmöglich an. **Bei kurzfristigeren Terminabsagen kontaktieren Sie uns am besten telefonisch.**

Sie erhalten in der Regel von uns eine Terminerinnerung 1-2 Tage vor dem Termin:

Wie sollen wir Sie an Ihren Termin erinnern?

☐ per SMS ☐ per Mail ☐ keine Erinnerung gewünscht

E-Mailadresse: _____

Mobilnummer: _____

Bitte informieren Sie uns bei Änderungen Ihrer Mobilnummer oder E-Mailadresse.

Ausfallgebühr:

Wir verstehen uns als Dienstleistungs- und Serviceunternehmen und sind bestrebt, für Sie die optimalste Qualität zu erbringen. Um die Behandlung ganz auf Ihre speziellen Bedürfnisse abstimmen zu können, arbeiten wir nach einem Bestellsystem und reservieren Ihnen für jede Behandlung alleinige Behandlungszeit.

Aus diesem Grunde möchten wir Sie bitten, wenn es mal nicht möglich sein sollte, Ihren Termin einzuhalten, uns bitte rechtzeitig - **jedoch mindestens 1 Werktag vorher** - zu informieren.

Aufgrund der exklusiv für Sie reservierten Zeit möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir uns vorbehalten, im Falle Ihres Nichterscheinens die entstandenen Kosten mit 225 € je Stunde zu berechnen.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Online-Bewertungsportal ☐ Praxisschild

Persönliche Empfehlung von: _____

Haben Sie weitere Wünsche oder Anregungen?

Ich bestätige, diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und erkläre mich mit den Praxismodalitäten einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen bei Operationen und Schwangerschaft

Aufgrund neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse führen wir in bestimmten Zeitabschnitten nach Operationen keine zahnärztlichen Behandlungen durch. Dies beinhaltet auch Kontrolluntersuchungen und die Professionelle Zahnreinigung. Wir bitten Sie, uns frühzeitig zu informieren, sofern eine der folgenden Behandlungen geplant, angeraten oder durchgeführt worden ist:

- 2 Monate nach einer Operation (z.B. Blinddarmentfernung, Leistenbruch - OP, etc.)
- 4 Monate nach Gelenkersatzoperationen (z.B. Hüft - TEP, Knie, etc.)
- 6-12 Monate nach Operationen am Herz oder Gefäßsystem (nach Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt)
- bei Schwangerschaft bis Ende 3. Monat (die ersten 12 Wochen) und im 7. Monat (25.-29.Woche).

Aufklärung zu Risiken und Komplikationen bei der örtlichen Betäubung und Information über die digitale schmerzarme Anästhesie In unserer Praxis:

Bei größeren Behandlungen und Operationen kann eine Leitungsanästhesie verbunden mit einer Infiltrationsanästhesie erforderlich sein. Trotz aller Vorsicht kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder der Zunge ggf. auch des Geschmacksempfindens über die normale Anästhesiezeit von ca. 3 Stunden kommen.

Aufklärung zu Risiken und Komplikationen bei der örtlichen Betäubung und Information über die digitale schmerzarme Anästhesie In unserer Praxis:

Ursächlich kann eine Touchierung des Nervs mit der Kanüle, eine Stichkanalinfektion, eine lokale Ischämie oder eine Gefäßverletzung sein. Beschwerden nach einer Anästhesie sind sehr selten und eine vorübergehende Erscheinung für wenige Wochen, dauerhafte Einschränkungen nach Anästhesie sind extrem selten.

In vielen Fällen führen wir die Anästhesie elektronisch geregelt mit dem Calaject-System durch. Das Gerät mißt den Gewebedruck und dosiert das Anästhetikum noch schonender. Die Betäubung ist damit nahezu schmerzfrei möglich. Diese Form der Anästhesie bieten wir Ihnen als Serviceleistung ohne Mehrkosten an.

Schmerzfreiheit ist wichtig, damit der Zahn bestmöglich behandelt werden kann und Sie auch weiterhin gerne zu uns kommen.

Wir weisen darauf hin, dass die Verkehrstüchtigkeit im Strassenverkehr unter Einfluss von Spritzen zur lokalen Betäubung, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für ca. 4-6 Stunden nach der Behandlung, beeinträchtigt sein kann.

Information zur Photo-aktivierten Therapie/PACT

PACT ist ein wissenschaftlicher Begriff für die Photodynamische Anti mikrobielle Therapie. Mit dieser Methode können krankheitsverursachende Bakterien sehr effektiv, schonend und schmerzfrei ohne Nebenwirkungen abgetötet werden. Wir verwenden den PACT zur Unterstützung bei der KariesTherapie, Parodontitis-Therapie, Wurzelkanal-Sterilisation, Therapie von Implantatentzündungen sowie Knochen- und Weichgewebs-Therapie. Die Photo-aktivierte Therapie ist eine private Leistung. Wir besprechen die Anwendung mit Ihnen im Vorfeld.

Hinweis zur Rechnungsstellung

Wir weisen darauf hin, dass in der Praxis Dr. Ralph und Dr. Karen Bickel modernste Verfahren zur Anwendung kommen. Dies kann zu einer Nichtanerkennung von einzelnen Leistungen durch Ihre Versicherung oder Beihilfestelle führen.

Die Erstattung durch Ihre Versicherung bzw. Beihilfestelle ist von Ihrem persönlich gewählten Tarif abhängig.

Hinweis zur Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wir werden bei der Rechnungsstellung von Abrechnungsexperten unterstützt, die auf eine bestmögliche Erstattung für Sie achten. Trotzdem ist die Berechnungsfähigkeit der ärztlichen Leistungen mit der Erstattungsfähigkeit nicht gleichzusetzen.

Unsere langjährige Abrechnungsexpertin Frau Lafrentz von **Lafrentz Abrechnungsservice** überprüft die Korrektheit der Abrechnung in unserer Praxis. Die Firma Health AG ist unser Partner bei der Rechnungserstellung. Sie bietet unseren Patienten bei Reklamationsschreiben der Ersteller als kostenlose Serviceleistung eine Stellungnahme, die Sie bei der Erstattung unterstützen. Zahlungszielverlängerungen oder Ratenzahlungen können über Online-Factoring sofort vereinbart werden. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Korrektur einer bereits erstellten Rechnung nach den Wünschen Ihrer Versicherung nicht möglich ist.

Hinweis für Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Patienten

Der nachträgliche Abschluß einer Zusatzversicherung nach einer zahnärztlichen Untersuchung mit Beratung führt, unserer Erfahrung nach, nicht zu der gewünschten Unterstützung der Versicherung. Eine gute Zusatzversicherung erkundigt sich beim behandelnden Arzt nach dem letzten Befund und fragt nach, wann die Behandlung empfohlen wurde. Wir sind zur Wahrheit verpflichtet. Sie erwarten von uns eine gründliche Untersuchung mit Röntgennachweis und Aufklärung.

Diese Unterlagen werden von der Versicherungen, mit Ihrer Entbindung von der Schweigepflicht, im Erstattungsfall angefordert. Unsere Abrechnungsexpertin Frau Lafrentz sagt dazu immer: „Man kann ein brennendes Haus nicht mehr versichern.“

Wir empfehlen Ihnen sich rechtzeitig um eine Zusatzversicherung zu kümmern.