



# Ganzheitliche Zahnarztpraxis

Dr. Kristina Thrän

Kettenhofweg 63, 60325 Frankfurt • 069 72 66 46 • [praxis@dr-thraen.de](mailto:praxis@dr-thraen.de) • [www.dr-thraen.de](http://www.dr-thraen.de)

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient (Herr/Frau/Kind)

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

### Hauptversicherter

Falls der Patient nicht selbst der Hauptversicherte ist

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

### Anschrift

Straße / Nummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse oder Versicherung \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe?  Ja  Nein

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf/Funktion \_\_\_\_\_

### Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten)

Bitte denken Sie bei jedem ersten Besuch im Quartal daran, Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Liegt uns Ihre aktuelle Versichertenkarte nicht vor, auch nicht 14 Tage nach der Behandlung, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

### Für alle Patienten

Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden. Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Termin- und Reiseplanung zu berücksichtigen.

Ort, Datum

Unterschrift

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Über Empfehlung eines unserer Patienten \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Über Internet

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Betrachten Sie sich als "Angstpatient"?**  Ja  Nein

Wenn ja, was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?

### Abrechnungszentrum:

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren möchten, als auf die Rechnungsstellung und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den Bereich Abrechnung an ein zahnärztliches Abrechnungsbüro, DZR, übertragen. Dies bringt für Sie als Patient viele Vorteile, da Sie bei strittigen Fragen bei Ihrer Versicherung kostenfrei unterstützt werden. Darüber hinaus haben Sie viele flexible Finanzierungsmöglichkeiten, mit bis zu 6 Raten zins- und gebührenfrei, bzw. bis zu 48 Raten ab 50 Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Teilzahlung haben.

### Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an Patienten auf einer Warteliste anbieten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausfallgebühr in Höhe von bis zu 180 Euro pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen.

Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen / Prophylaxetermine erinnert werden? Zögern Sie nicht, Ihre Zahnärztin oder unsere Assistentinnen darauf anzusprechen.

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Aufnahmebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung bei Ihnen durchgeführt?**

Ja  Nein

**Leiden Sie unter:**  Zahnfleischprobleme  Überempfindliche Zähne  Beherdete Zähne  Parodontitis

Kiefergelenksprobleme  Migräne  Tinnitus  Mundgeruch

## Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Sind Sie auf eine Endokarditisprophylaxe angewiesen?

Ja  Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja  Nein

## Hausarzt/Facharzt

Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wogegen/wofür? \_\_\_\_\_

## Allergien

Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie?

## Herzerkrankungen

Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herzinfarkt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Wurden Sie am Herz operiert? Herzkatheter? Herzschrittmacher? Defibrillator?

Ja  Nein

## Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck?

Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck?

Ja  Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?  
(Marcumar-/ASS-Patient?)

Ja  Nein

Ohnmachtsanfälle?

Ja  Nein

## Innere Erkrankungen

Zuckerkrankheit (= Diabetes)?

Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

Ja  Nein

Nierenfunktionsstörung

Ja  Nein

## Bluterkrankungen

Blutungsneigung (= Hämophilie)?

Ja  Nein

Blutarmut (= Anämie)?

Ja  Nein

## Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B, C

Ja  Nein

HIV/AIDS

Ja  Nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja  Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

## Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Unsere modernen Geräte gewährleisten die geringstmögliche Strahlendosis.

Ja  Nein

## Schwangerschaft

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

## Allgemein

Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben

eingetragen ist? (z.B. Asthma, Glaukom (Grüner Star), Morbus Crohn,

Epilepsie, Gerinnungsstörung, Magen-Darm-Erkrankung,...). Wenn ja, Welche?

Ja  Nein

weiter →

Möchten Sie eine Beratung über:  Zahnästhetik  Amalgamsanierung  Implantate

Wie würden Sie Ihr Lächeln auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten? (1= Schlecht, 10= Sehr gut)

Kreisen Sie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ein



Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogener Daten für den Zweck Terminerinnerung per SMS zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).