



dr. bernhard blumenröhr
zahnarzt

zertif. tätigkeitsschwerpunkte:
implantologie, parodontologie,
ästhetische zahnheilkunde

kerschensteinerstraße 1
82362 weilheim i. obb.
telefon 08 81.67 60
telefax 08 81.6 97 70
www.blumenroehr.de
zahnarzt@blumenroehr.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen.

Bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen (Adresse, Versicherungsverhältnis, Gesundheitszustand u.a.) **umgehend** mit!

Die mit „*“ markierten persönlichen Angaben sind freiwillig.

Patienteninformationen:

Nachname des Patienten	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort	
Telefon privat (*), Mobiltelefon (*)	
Telefon dienstlich (*)	
Bei minderjährigen Patienten – besteht ein geteiltes Sorgerecht?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Krankenkasse / Krankenversicherung	

Weiterführende Informationen (*):

Überwiesen durch
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Versicherteninformationen:

Nachname des Versicherten	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort (falls abweichend vom Patienten)	
Telefon privat (*) (falls abweichend vom Patienten)	
Mobiltelefon (*)	
Beruf / Arbeitgeber (*)	

Versicherungsstatus:

<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Vollversichert	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung

(*) freiwillige Angabe

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit besonders gewissenhaft, um möglichen Komplikationen vorzubeugen. Falls Sie diese Fragen stellvertretend für den Patienten (z.B. Ihr Kind) beantworten, beziehen Sie sich auf dessen Gesundheitszustand.

Bitte informieren Sie uns unbedingt **vor** (!) jeder Behandlung, wenn sich inzwischen gesundheitliche Veränderungen ergeben haben. Lassen Sie sich dazu auch diesen Fragebogen erneut vorlegen.

1. Sind Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung? nein ja
wenn ja, weshalb _____
Name Ihres behandelnden Arztes/Hausarztes _____

2. Nehmen Sie dauernd oder häufiger Medikamente? nein ja
wenn ja, welche? _____

3. Wurden bei Ihnen im letzten Jahr Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht? nein ja
wenn ja, Name des Zahnarztes _____

Nach der neuen Röntgenverordnung müssen wir Ihre Original-Röntgenaufnahmen 10 Jahre in unserer Praxis aufbewahren. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen diese deshalb nicht aushändigen können. Für eine Bearbeitungsgebühr von 15 Euro erstellen wir Ihnen aber gerne eine brauchbare Kopie. Oder der nachbehandelnden Zahnarzt/Arzt fordert Ihre Röntgenunterlagen schriftlich bei uns (Brief oder Fax) an.

4. Hatten oder haben Sie folgende Gesundheitsstörungen?

a) zu hohen Blutdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	b) zu niedrigen Blutdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
c) Herzleiden	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	d) Herzschrittmacher	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
e) Tuberkulose	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	f) andere Lungenerkrank.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
g) Blutkrankheit	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	h) Nierenleiden	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
i) Schilddrüsenerkrank.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	j) Lebererkr. (Hepatitis?)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
k) Zuckerkrankheit	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	l) Anfallsleiden (Epilepsie)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
(aktueller HbA1c-Wert _____)		sonst. Erkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

wenn ja, bitte angeben _____

5. Besteht eine Pflegestufe? nein ja - wenn ja, welche? _____

6. Sind bei Ihnen bei Verletzungen oder zahnärztlichen Behandlungen länger anhaltende, stärkere Blutungen aufgetreten (erhöhte Blutungsneigung)? nein ja
nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar/ INR-Wert?) nein ja _____

7. Sind Sie HIV-positiv oder AIDS-positiv? nein ja

8. Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Unverträglichkeit gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente)? nein ja
wenn ja, welche? _____

Falls Allergiepass vorhanden, legen Sie uns diesen bitte vor!

9. Für weibliche Patientinnen: Sind Sie schwanger ? nein ja
voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Haben Sie nachfolgende Probleme oder beobachten Sie an sich diese folgende Auffälligkeiten:

- empfindliche Zähne (heiß/kalt)
- Zahnfleischbluten
- knirschen oder pressen Sie, haben Sie eventuell bereits eine „Schiene“ bekommen
- Kiefergelenksprobleme, - knacken
- Mundgeruch, schlechter Geschmack
- sonstiges _____
- Probleme beim Kauen
- Zahnfleischwund
- Kopf-, Nackenschmerzen
- rauchen Sie, wenn ja, wie viel

Hatten Sie Komplikationen nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen? nein ja

Bitte beschreiben Sie kurz den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis

- Vorsorgeuntersuchung, Kontrolle
- Schmerzbehandlung
- Sonstiges _____

Sind Sie mit Ihrer Zahn-, Mundsituation zufrieden bzw. was stört Sie (z.B. Zahnstellung, Zahnfarbe, verfärbte Kronen-, Füllungsränänder)? _____

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden?
nein ja

Dürfen Fotos an den Zahntechniker weitergegeben werden?
nein ja

Dürfen Röntgenbilder und Befundunterlagen an Ärzte / Zahnärzte / Gutachter weitergegeben werden?
nein ja

Dürfen wir uns in medizinischen Fragen mit Ihrem Hausarzt / vorbehandeltem Zahnarzt in Verbindung setzen?
nein ja

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ähnlich einer ärztlichen Behandlung bedarf auch die Behandlung durch den Zahnarzt Ihrer Einwilligung. Dazu müssen Sie wissen, welche Behandlungsmaßnahmen wir aufgrund Ihres Befundes und Ihrer Untersuchung planen und welche anderen Behandlungsalternativen in Betracht kämen. Fragen Sie uns nach allem, was für Ihre Entscheidung von Bedeutung ist.

Über spezielle operative Eingriffe werden Sie gesondert aufgeklärt.

Bitte wenden

Ein gutes Behandlungsergebnis und die Dauer des Therapieerfolges sind ganz entscheidend abhängig von einer gewissenhaften, individuellen und fortlaufenden Vor- und Nachsorge.

Dürfen wir Ihnen unser **individuelles und intensives Prophylaxe-Programm** nahe legen?

ja

nein

Es ist notwendig sich in gewissen Zeitabständen nachuntersuchen zu lassen. Die gesetzlichen Krankenkassen z.B. fordern für Erwachsene mindestens eine Kontrolle pro Jahr (Bonusheft), für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren eine Kontrolle pro Halbjahr. In bestimmten Fällen kann allerdings ein kürzeres Intervall empfehlenswert sein. Wünschen Sie eine Benachrichtigung, wenn Ihr nächster, individueller **Recall-Termin** ansteht?

ja

nein

Grundsätzlich unterscheiden wir nicht nach Ihren Versicherungsverhältnissen, für uns ist Ihr zahnmedizinischer Befund und Ihr Wunsch nach einer adäquaten zahnmedizinischen Versorgung entscheidend.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren, besseren und komfortableren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von ihrer Krankenkasse bzw. Versicherung nicht oder nur teilweise übernommen werden? (Implantate, moderne, regenerative Parodontosebehandlung, metallfreie Füllungen und Kronen, festsitzender Zahnersatz u.v.a.m.)

ja

nein

bitte fragen Sie danach

Als gesetzlich versicherter Patient bringen Sie uns bitte Ihre **Krankenversicherungskarte** unbedingt bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn, in den letzten Tagen des Quartals bitte jeweils sofort, da ansonsten eine private Rechnungslegung nach GOZ erfolgen muss.

Bitte beachten Sie unbedingt: Wir führen eine **Bestellpraxis** mit Terminen nach Vereinbarung, in dem Bemühen Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, d.h. die festgelegte Behandlungszeit ist **nur für Sie** reserviert. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine unbedingt mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen den nicht eingehaltenen Termin mit 90 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen (§§ 304, 615 BGB).

Bedenken Sie bitte, dass wir Patienten, die uns mit Schmerzen oder nach einem Unfall aufsuchen, in das Bestellsystem einbinden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist der **Praxisinhaber Dr. Bernhard Blumenröhr**.

Die Datenschutzrichtlinien entsprechend der DSGVO und liegen in der Praxis zur Einsicht aus.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Anmeldung in unserer Praxis.

Ihr Zahnarzt

Dr. Bernhard Blumenröhr und sein Team

Bestätigung und Unterschrift des Patienten:

Ich habe das Merkblatt gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Die Gesundheitsfragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. der Eltern (bei Minderjährigen)

Bitte beachten Sie unbedingt noch die umseitigen wichtigen Informationen, die wir Ihnen gerne auch als separate Kopie aushändigen können.

Wichtiger Hinweis:

Solange die Wirkung von zahnärztlichen Spritzen, Schmerz- oder Beruhigungstabletten anhält, kann die Reaktionsfähigkeit, Sicherheit und Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sein.

Mögliche Komplikationen:

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, die Sie eventuell schon von früheren Behandlungen her kennen (z.B. Bohren, Schleifen, Zahnziehen etc.). Trotz allergrößter Sorgfalt kann es beim Zusammentreffen ungünstiger Umstände zu Komplikationen kommen. Die wichtigsten werden nachstehend aufgeführt:

Ist die Behandlung vermutlich schmerzhaft, so wird sie meist in örtlicher Betäubung (lokale Infiltrations- oder Leitungsanästhesie) durchgeführt. In äußerst seltenen Fällen können durch Einspritzung des Betäubungsmittels Nerven geschädigt werden (z.B. der Unterkiefernerve bis zur Lippe oder der Zungennerv). Die dadurch verursachte, länger andauernde Gefühllosigkeit oder Missempfindung im betäubten Bereich bildet sich in der Regel zurück.

Extrem selten sind schwerwiegende Unverträglichkeits-, oder Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel im Bereich Herz und Kreislauf.

Blutungen und Nachblutungen kommen durch örtliche Behandlungsmaßnahmen meist schnell zum Stehen. Komplikationen können sich jedoch bei Blutungsneigung (Blutgerinnungsstörungen, Medikamente) ergeben.

Allgemeinerkrankungen, z.B. Zuckerkrankheit oder Infektionskrankheiten, können Wundheilungsstörungen begünstigen.

Nach operativen Eingriffen sollten Sie mindestens drei Tage nicht rauchen, da Nikotin als Zellgift die Wundheilung verschlechtert.

Mehrkostenregelung bei Füllungen:

am 01.11.1996 ist eine gesetzliche Änderung in Kraft getreten, wonach sozialversicherte Patienten die Möglichkeit haben, bei Zahnfüllungen eine über die Vertragsleistung ihrer Krankenkasse hinausgehende Versorgung zu wählen, wobei sie, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die Mehrkosten selbst zu tragen haben.

Diese Regelung gilt für alle außervertraglichen, notwendigen Füllungen sowohl im Front- wie auch im Seitenzahnbereich. Außervertragliche Füllungen sind insbesondere laborgefertigte Füllungen, wie z.B. Inlays aus Gold oder Keramik sowie die modernen Kunststofffüllungen, die nach der Adhäsivmehrschichttechnik direkt vom Zahnarzt im Mund des Patienten gelegt werden.

Letztere werden von uns in der Regel zur Versorgung kleinerer Zahndefekte verwendet.

Da die von Ihnen zu tragenden Mehrkosten relativ gering sind, je nach Größe ca. 16 - 65 Euro pro Zahn, werden wir dies mit Ihnen direkt während der Behandlung besprechen und vereinbaren.

Für alle aufwändigeren und teureren Versorgungen erhalten Sie selbstverständlich vorab einen detaillierten Kostenvoranschlag.

Sollten Sie jedoch ausschließlich kostenneutrale, zuzahlungsfreie Füllungen (Amalgam-, Zement-, Compomerfüllungen) wünschen, so sagen Sie uns das bitte vor (!) der jeweiligen Behandlung.