

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir wollen Sie vor und während der Behandlung gut informieren und benötigen dazu von Ihnen genaue und aktuelle Angaben.

Bitte füllen Sie die persönlichen Angaben auf dem Anmeldebogen aus und lesen sich die allgemeine Patienteninformation und Datenschutzerklärung (Impressum) genau durch.

Wenn Sie noch zusätzliche Informationen benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

### ANAMNESEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 Telefon (berufl): \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Bei ausländischen Rufnummern auf zusätzliche Angabe einer e-Mail Adresse achten!

Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, bitte die Angaben des Mitgliedes eintragen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung / Kostenvoranschläge erhalten ?  
 (Erziehungsberechtigte / Pfleger) \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt ? \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen ? \_\_\_\_\_

Zur Erinnerung an regelmäßige Untersuchungen und Behandlungen (z.B Kontrolluntersuchungen, Parodontitisprophylaxe oder zur professionellen Zahnreinigung) bieten wir einen Erinnerungsservice (Recall) an.

Ich möchte am Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen  
 (Sie können Ihre Teilnahme jederzeit beenden)

☐ ja ☐ nein ☐ **Mail** ☐ **SMS**

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (Anamnese)

Nehmen Sie Medikamente ein z.B. gerinnungshemmende, blutdrucksenkende oder sonstig Medikamente? (auch Dauermedikation z. B. Macumar, Aspirin, Bisphosphonate) wenn ja welche? _____	O ja	O nein
Haben Sie Erkrankungen am Herz-Kreislauf-System? (Blutdruck, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe) wenn ja welche? _____	O ja	O nein
Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, TBC) _____	O ja	O nein
Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? (Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie "Zuckertabletten")?	O ja	O nein
Haben oder hatten Sie sonstige Erkrankungen? (z.B. Krebs, Epilepsie) welche? _____	O ja	O nein
Haben Sie Störungen bei der Blutgerinnung? (häufiges Nasenbluten, Blutergüsse nach leichter Berührung)	O ja	O nein
Leiden Sie an einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse? bitte unterstreichen	O ja	O nein
Ist bereits eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit aufgetreten? (z.B. auf Schmerzmittel, Nahrungsmittel, Medikamente, Latex) welche? _____	O ja	O nein
Besteht bei Ihnen ein erhöhter Augendruck? (Glaukom)	O ja	O nein
Haben Sie Zahnfleischbluten oder gelockerte Zähne?	O ja	O nein
Sind Sie schon am Kopf geröntgt worden? (wo und wann oder Röntgenpass vorlegen) _____	O ja	O nein
Haben Sie schon einmal eine örtliche Betäubung erhalten? (Gab es dabei / danach Komplikationen)?	O ja	O nein
Haben Sie Implantate jeglicher Art? (z.B. künstliche Herzklappen, künstliche Gelenke, künstliche Gefäße)? wenn ja welche? _____	O ja	O nein
Kopfschmerzen / Schlafstörungen / Kiefergelenksprobleme / Verspannungen ?	O ja	O nein
Für Frauen: Besteht (möglicherweise) eine Schwangerschaft? welche Woche?	O ja	O nein

- Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Die Risiken bei einer Spritze zur örtlichen Betäubung sind mir bekannt.  
Wenn mir das Risiko zu hoch erscheint, werde ich einer örtlichen Betäubung aktiv widersprechen.
- Die Allgemeine Patienteninformation der Usident MVZ GmbH, sowie die Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung habe ich gelesen und bin mit dieser einverstanden.

Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen.

Sollte ich vor künftigen Behandlungen Fragen haben, werde ich diese stellen.

\_\_\_\_\_  
( Ort, Datum )

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift )  
Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte\*

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

### ◆ **Praxisregeln und Abläufe**

MVZ Usident in Usingen und Grävenwiesbach sind reine Terminpraxen. Termine können sowohl elektronisch / online als auch telefonisch vereinbart werden. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte schnellstmöglich – mind. 24h im voraus.

Für nicht eingehaltene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallgebühr an.

### ◆ **Behandlung**

Unsere Zahnärzte bilden sich stets fort und unsere Behandlungen sind auf dem neuesten Stand internationaler zahnärztlicher Empfehlungen.  
Diese liegt über dem Standard der kassenzahnärztlichen Grundversorgung.  
Dadurch entstehende Kosten werden nicht übernommen.

Wenn Sie nur die **Basisbehandlung** im Rahmen der **Kassenzahnärztlichen Versorgung** wünschen, müssen wir das **vor** Beginn der Behandlung / Beratung wissen.

### ◆ **Versicherungstarife / Erstattungsleistungen**

Wegen der Vielfalt der möglichen Versicherungstarife und Erstattungsleistungen können wir Ihnen keine Auskunft zu möglichen Versicherungs- und Erstattungsleistungen geben.

Unsere Abrechnung entspricht vollständig der gültigen **GOZ** (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Wenn Sie eine Behandlung mit **begrenztem Umfang (Standardtarif / Privatpatient)** möchten, müssen Sie dies bei der Anmeldung bzw. Terminvergabe angeben.

### ◆ **Beihilfestelle**

Auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen haben wir keinen Einfluss.

### ◆ **Rechnungen**

Bitte hinterlegen Sie eine gültige E-Mail Adresse, damit wir Ihnen im Sinne der Nachhaltigkeit, Rechnungen / Patientenunterlagen elektronisch zukommen lassen können.

### ◆ **Zahlungsfristen**

Unsere Zahlungsfrist beträgt 14Tage nach Rechnungserhalt. Sie können Ihre Rechnung direkt vor Ort bezahlen (bar / EC). In bestimmten Fällen müssen wir eine Vorausleistung von Ihnen erheben.

### ◆ **Sicherheitsbestimmung**

Unsere Behandlungsstühle sind bis maximal 135kg Körpergewicht zugelassen.

### ◆ **Betäubung**

Behandlungen die mit Schmerzen verbunden sein können, werden nach einer Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie (Einspritzen eines lokal wirkenden Betäubungsmittels) durchgeführt. Gelegentlich wird durch die Injektion (Einspritzung) ein Blutgefäß verletzt. Daraus kann ein Bluterguss mit einer meist harmlosen Schwellung der Wange entstehen, der sich meist rasch zurückbildet. Eine länger anhaltende oder bleibende Gefühllosigkeit durch eine Schädigung des Nervs bei der Injektion oder durch den Eingriff selbst sind äußerst selten.  
Wir können mögliche Risiken bei Ihrer Behandlung nur berücksichtigen wenn Sie uns genau informieren.

◆ **Fremdkörper**

Wenn ein Fremdkörper verschluckt wird (Füllungsreste, Zahnreste, Teile von Zahnersatz) sind in aller Regel keine besonderen Maßnahmen erforderlich.

Ein eingeatmeter Fremdkörper muss mit Hilfe einer Luftröhrenspiegelung (Bronchoskopie) entfernt werden.

◆ **mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen**

Routinebehandlungen (Entfernen von Zahnstein und Belägen, Zahnfleischbehandlungen, Füllungen, Ziehen von Zähnen, Zahnersatz, Abschleifen der Zähne und Abformungen) verlaufen in aller Regel komplikationslos. In seltenen Fällen können jedoch trotz aller Sorgfalt Komplikationen auftreten.

◆ **Röntgen**

Röntgenaufnahmen sind häufig zur genauen Diagnose nötig. Sie werden nur dann angefertigt, wenn der Nutzen die sehr geringe Strahlenbelastung rechtfertigt.

◆ **Überempfindlichkeiten**

Bei einer Überempfindlichkeit gegen die örtlichen Betäubungsmittel oder andere bei der Behandlung benutzten Medikamente können Juckreiz, Hautausschlag und andere allergische Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Erscheinungen oder lebensbedrohliche Komplikationen sind extrem selten und treten in aller Regel nicht bei erstmaligem Kontakt auf.

◆ **Verletzungen**

Auch bei Routinebehandlungen können die Zunge, die Mundschleimhaut und sehr selten der Knochen verletzt werden. Diese Verletzungen sind meist harmlos und heilen rasch ab. Sollte es zu einer akuten Entzündung kommen, wird meistens eine Behandlung mit Antibiotika erforderlich.

◆ **Zahnersatz**

Zahnersatzreparaturen die wir in unserem eigenen Labor vornehmen können, werden wenn möglich am folgenden Werktag geliefert. Kleinere Reparaturen können wir gegen Aufpreis am selben Tag bearbeiten.

◆ **Telefonische Erreichbarkeit**

Unsere telefonische Erreichbarkeit ist unter [www.usident-mvz.de](http://www.usident-mvz.de) einsehbar.

Für uns gilt die gesetzlich verankerte Schweigepflicht für Ärzte.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

**Mit Ihrer Unterschrift auf dem Anamnesebogen stimmen Sie der gesetzlich vorgeschriebenen Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten zu.**

Unsere Allgemeine Patienteninformation ist auch als PDF Datei einsehbar.