

Erfassungsbogen Praxis Dr. Jeannette König

➤ Nachname, Vorname des Patienten	➤ Nachname, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum
➤ Geburtsdatum	➤ Geburtsort	➤ Straße, Hausnummer des Versicherten
➤ Straße, Hausnummer	➤ PLZ, Ort des Versicherten	
➤ PLZ, Ort	➤ Nachname, Vorname Rechnungsempfänger	➤ Geburtsdatum
➤ Telefon / E-Mailadresse	➤ Straße, Hausnummer des Rechnungsempfängers	
➤ Zahnarzt	➤ PLZ, Ort des Rechnungsempfängers	
➤ Krankenkasse	➤ freiwillig versichert?	➤ beihilfeberechtigt

Anamnese (Krankengeschichte)

JA NEIN

I. Allgemeinanamnese

1. Warum kommen Sie in meine Praxis?

Grund: _____

2. Überwiesen durch: _____

II. Patientenanamnese

3. Leidet oder litt der Patient an einer der genannten Krankheiten?

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> andere |

4. Befindet sich der Patient in homöopathischer / heilpraktischer Behandlung? Wurden bereits alternative / naturheilkundliche Therapien angewendet?

5. Nimmt der Patient Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

6. Hat der Patient Probleme mit der Nasenatmung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen | <input type="checkbox"/> saisonal Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, seit wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mundatmung | <input type="checkbox"/> Schnarchen |

- Bitte wenden -

7. Hat der Patient eine Allergie oder Heuschnupfen?
wenn ja, wogegen? _____
8. Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?
- Gaumenmandeln wann ?
 Rachenmandeln („Polypen“) wann ?
 Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) wann ?
 Nasenscheidewand wann ?
9. Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?
- Lippenbeißen Lippensaugen Lippenlecken
 Nägelkauen Bleistiftkauen sonstiges
10. Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?
- wenn ja, wann ? _____
mit Zahnverletzungen?
mit Zahnverlusten ?
mit Kieferbrüchen ?
11. Knirscht der Patient mit den Zähnen?
12. Bestehen Kiefergelenkknacken oder –beschwerden?
13. Bestehen seit längerer Zeit Kopf- oder Rückenschmerzen?

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen: Bei Ihrem ersten Besuch im Kalendervierteljahr benötigen wir die Krankenversichertenkarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Bestellpraxis: Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Nicht eingehaltene Termine können nach der GOZ in Rechnung gestellt werden und zwar in Höhe des Honorars, welches in der eingeplanten Zeit angefallen wäre (§ 612 BGB).

Schweigepflicht: Einer eventuellen Übermittlung von Röntgenaufnahmen von einem/ an einen Mitbehandler via Mail stimme ich zu.

Information: Ihre Daten werden erfasst, gespeichert, zum Zweck der Abrechnung und Mitbehandlung an Dritte übermittelt. Ein Informationsblatt liegt für Sie aus.

Die von mir gemachten Angaben sind wahrheitsgemäß und vollständig.

Datum, Unterschrift Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter