

Zahnarztpraxis Dr. Tina Litsch-Scholz

ANMELDE- UND GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Für eine sichere und individuelle Behandlung bitten wir Sie, alle Fragen vollständig zu beantworten. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

1 PERSÖNLICHE DATEN

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	E-Mail
Telefon Privat	Telefon Mobil
Hausarzt (Name, Ort)	
Krankenversicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Basistarif ☐ Beihilfeberechtigt	
Zahnzusatzversicherung	
Name der Versicherung	☐ Ja ☐ Nein

Versicherter / Rechnungsempfänger (nur ausfüllen, wenn abweichend vom Patienten – oder bei minderjährigen Patienten: Erziehungsberechtigter)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Ort

2 NOTFALLKONTAKT ★ NEU

Name	Verhältnis (z.B. Ehepartner)
Telefon Mobil	Telefon alternativ

3 IHR ANLIEGEN

Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Liegen aktuell Schmerzen oder Beschwerden vor? _____

Letzter Zahnarztbesuch (wann / bei wem) _____

Zuletzt geröntgt (wann) _____

Was haben Sie bisher (am meisten) vermisst? _____

Recall-Erinnerung gewünscht: ☐ Telefonisch ☐ Per E-Mail ☐ Schriftlich ☐ Kein Recall

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? ☐ Empfehlung von: _____ ☐ Internet ☐ Sonstiges

4 ZAHNSPEZIFISCHE FRAGEN

1. Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
2. Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
3. Hätten Sie gern weißere Zähne?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
4. Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
5. Stört Sie Ihre Zahnstellung?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
6. Haben Sie Kiefergelenkschmerzen oder -geräusche?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
7. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen (Bruxismus)?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
8. Leiden Sie an Mundgeruch?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
9. Haben Sie Schmerzen bei süßen oder sauren Speisen/Getränken?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
10. Wünschen Sie eine Behandlung mit Betäubung (Anästhesie)?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
11. Kreislaufstörungen oder Reaktionen nach einer Betäubung?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
12. Besteht oder bestand eine Abhängigkeit (Drogen/Medikamente/Alkohol)?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
13. Rauchen Sie?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, wie viel pro Tag? _____
14. Operationen im Kopf-/Halsbereich?	☐ Ja ☐ Nein	Ergänzung: _____
15. Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, welche Woche? _____

5 ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN (Bitte ankreuzen, wenn vorhanden oder früher vorhanden)

Herz- und Kreislauferkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzklappenfehler | ☐ Herzklappenersatz |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Endokarditis | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Thrombose | ☐ Angina pectoris |
| ☐ Herzoperation | ☐ | ☐ |

Atemwege / Schlaf

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| ☐ Lungenerkrankung | ☐ Asthma | ☐ Schlafapnoe ★ |
| ☐ Schnarchen | ☐ | ☐ |

Stoffwechsel / Hormonsystem

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Osteoporose ★ |
| ☐ Adipositas | ☐ | ☐ |

Neurologisch / Psychiatrisch

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) | ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Schwindel |
| ☐ Depressionen / Angststörung | ☐ | ☐ |

Niere / Leber / Magen

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Magenerkrankung / Reflux |
|---|--|---|

Blut / Gerinnung

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| ☐ Blutgerinnungsstörung | ☐ Blutarmut (Anämie) | ☐ |
|--|---|--------------------------|

Infektiöse Erkrankungen

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ HIV / AIDS | ☐ Tuberkulose | ☐ Hepatitis A, B oder C |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|

Weitere Erkrankungen

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Tumorerkrankung / Krebsleiden | ☐ Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) | ☐ Rheumaerkrankung |
| ☐ Behinderung | ☐ Sonstige: _____ | ☐ |

6 AKTUELLE MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte ankreuzen und ggf. ergänzen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Marcumar / Warfarin / Falithrom | ☐ Neue orale Antikoagulanzen (Xarelto, Eliquis, Pradaxa) ★ |
| ☐ ASS / Aspirin | ☐ Bluthochdruckmedikament |
| ☐ Bisphosphonate / Denosumab ★ (z.B. Fosamax, Prolia) | ☐ Immunsuppressiva / Kortison ★ |
| ☐ Insulin / Diabetesmedikament | ☐ Andere: _____ |

7 ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

- | | |
|--|---|
| ☐ Lokalanästhetika | ☐ Antibiotika |
| ☐ Schmerzmittel (z.B. ASS, Ibuprofen) | ☐ Kunststoffe / Acrylate |
| ☐ Metalle / Nickel | ☐ Latex |
| ☐ Heuschnupfen / Pollen | ☐ Sonstige: _____ |

8 ÜBER DIESE THEMEN MÖCHTE ICH GERNE MEHR ERFAHREN

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Kariesvermeidung | ☐ Zahnfarbene Füllungen | ☐ Amalgamentfernung |
| ☐ Professionelle Zahnreinigung | ☐ Zahnfleischerkrankungen (Parodontitis) | ☐ Implantate |
| ☐ Bleaching / Aufhellung | ☐ Ästhetische Zahnheilkunde | ☐ Kiefergelenkbehandlung |
| ☐ Kinderzahnheilkunde | ☐ Sportschutz | ☐ Schnarcherschienen / Schlafapnoe-Schiene ★ |
| ☐ Zahnfreundliche Ernährung | ☐ Sonstiges: _____ | ☐ |

9 AUFKLÄRUNGEN UND EINWILLIGUNGEN

Aufklärung Anästhesie:

Bei der örtlichen Betäubung können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktion, Krämpfe und Nervenschäden. Bitte beachten Sie: Die Fahrtüchtigkeit kann nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein.

★ Ausfallhonorar bei Nichterscheinen / nicht rechtzeitiger Absage:

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig abzusagen. Bei **längeren Terminen (über 1 Stunde)** bitte ich um Absage mindestens **48 Stunden** vorher. Bei **kürzeren Terminen (bis 1 Stunde)** genügt eine Absage mindestens **24 Stunden** vorher. Für kurzfristige Absagen oder unentschuldigtes Nichterscheinen wird ein **Ausfallhonorar** in Rechnung gestellt. Dieses berechnet sich nach Dauer und Behandlungsart und beträgt zwischen **60 € und 250 €**. Das Ausfallhonorar wird jedoch nur dann in Rechnung gestellt, wenn der Termin kurzfristig nicht anderweitig belegt werden konnte. Bei Vorlage eines **ärztlichen Attestes** entfällt das Ausfallhonorar. Wir bitten hierfür

um Ihr Verständnis, da wir in dieser Leerlaufzeit trotzdem unsere laufenden Unkosten zu tragen haben.

★ **Hinweis zur privaten Liquidation (GOZ):**

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hat seit 1988 keine wesentliche Anpassung an die allgemeine Kostenentwicklung erfahren. Um eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleisten zu können, sind wir in vielen Bereichen gehalten, den **3,5-fachen GOZ-Steigerungssatz** zu berechnen. In seltenen, individuell begründeten Fällen – etwa bei besonderem Aufwand, schwierigen anatomischen Verhältnissen oder speziellen Materialien – kann dieser Satz auch überschritten werden.

Datenschutz (DSGVO):

Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung gemäß DSGVO und BDSG ausdrücklich zu. Meine Daten werden nicht ohne meine Einwilligung an Dritte weitergegeben. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

10 BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Ich habe diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich habe die obigen Aufklärungen gelesen und verstanden und stimme den genannten Regelungen (Ausfallhonorar, private Liquidation gemäß GOZ) sowie der Datenspeicherung ausdrücklich zu.

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Tina Litsch-Scholz · Putzbrunner Str. 26 – Rückgebäude · 85521 Ottobrunn · Tel 089 6093646 · praxis@dr-litsch.de · www.dr-litsch.de | ★ =
neu hinzugefügt