



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:

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

### Versicherteninformationen:

( Versicherteninformationen entsprechen Patienteninformationen)

<b>Nachname des <u>Versicherten</u></b>	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort	
Telefon privat (*)	
Mobiltelefon (*)	Email-Adresse (*)
Beruf / Arbeitgeber (*)	Telefon dienstlich (*)

### Versicherungsstatus:

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

(\*) freiwillige Angabe

### Weiterführende Informationen (\*):

Überwiesen durch
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

# 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 Email) an.

4. Hatten oder haben Sie folgende Gesundheitsstörungen?

a) zu hohen Blutdruck nein  ja       b) zu niedrigen Blutdruck nein  ja

c) Herzleiden nein  ja       d) Herzschrittmacher nein  ja

e) Tuberkulose nein  ja       f) andere Lungenerkrank. nein  ja

g) Blutkrankheit nein  ja       h) Nierenleiden nein  ja

i) Schilddrüsenerkrank. nein  ja       j) Lebererkr. (Hepatitis?) nein  ja

k) Zuckerkrankheit nein  ja       l) Anfallsleiden (Epilepsie) nein  ja

(aktueller HbA1c-Wert \_\_\_\_\_)      sonst. Erkrankungen nein  ja

wenn ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

5. Besteht ein Pflegegrad? nein  ja  - wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

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 folgenden Auffälligkeiten:

- empfindliche Zähne (heiß/kalt)
- Zahnfleischbluten
- knirschen oder pressen Sie, haben Sie eventuell bereits eine „Schiene“ bekommen
- Kiefergelenkprobleme, - 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-, Füllungsränder)? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden? 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.

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.

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.