

Zahnarztpraxis im Westend
Zahnarzt und Zahntechniker
Bettinastr. 35-37
60325 Frankfurt am Main
Tel. (069) 907 44 800
Fax (069) 907 44 80 63
info@zahnarzt-tomovic.de
www.zahnarzt-tomovic.de



P. Tomovic
ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE
IN FRANKFURT - WESTEND

Der Zahnarzt in Ihrer Nähe

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Hauptversicherter

(falls der Patient
nicht selbst der
Hauptversicherte ist)

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____ Tel. tagsüber _____

PLZ _____ Ort _____

Handy Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

**Name der Krankenkasse
oder Versicherung**

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe?

Ja Nein

Arbeitgeber

Ausübter Beruf/Funktion

Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten)

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem ersten Besuch im Quartal in der Praxis. Liegt sie uns, auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

Für privat versicherte Patienten (Privatpatienten)

Haben Sie eine Selbstbeteiligung? Wenn Ja, wie viel: _____

Ja Nein

Haben Sie ein max. Erstattungs-Budget pro Jahr? Wenn Ja, wie viel: _____

Ja Nein

Gibt es für Sie versicherungstechnische Gründe,
warum Sie auf die Kosten besonders achten sollten?

Ja Nein

Wenn ja. Bitte genau erläutern, damit wir diese berücksichtigen können, falls eine Behandlung notwendig ist:

Für alle Patienten

Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden.
Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Termin- und Reiseplanung zu berücksichtigen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____

Wichtige Hinweise

- **Betrachten Sie sich als „Angstpatient“?** Ja Nein

Wenn ja: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“

- **Abrechnungszentrum:**

Wir arbeiten mit der DZR zusammen, dem größten Abrechnungszentrum in Deutschland. Dies bringt für Sie als Patient viele Vorteile, da die DZR Sie bei strittigen Fragen bei Ihrer Krankenkasse mit dem Gewicht eines großen Abrechnungszentrums kostenfrei unterstützen kann. Darüber hinaus haben Sie dadurch nahezu unbegrenzte **Finanzierungsmöglichkeiten**, mit bis zu 48 Raten ab 25,- Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Ratenzahlung haben.

- **Bonitätsprüfung**

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren als auf die Stellung von Rechnungen und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den ganzen Bereich Abrechnung an die DZR übertragen. D.h., dass jeder unserer Patienten seine privaten Rechnungen direkt von der DZR erhält und an die DZR bezahlt. Dafür muss die DZR von jedem unserer Patienten die Bonität prüfen. Wir bitten um Verständnis, dass falls Ihre Bonitätsprüfung negativ ausfallen sollte, wir Sie für private Leistungen nur nach Vorauszahlung der vorgesehenen Behandlungskosten behandeln können. Bei größeren Behandlungen, die mehrere Termine benötigen (wie z.B. Implantate, Brücke, Krone, Frontzahn-Veneers) müssen im Falle einer negativen Bonitätsprüfung die gesamten geplanten Behandlungskosten VOR der Terminvereinbarung vorgelegt werden.

Wichtig – bitte beachten: Sollten Sie bei uns mehrere kleinere Behandlungen durchführen lassen (z.B. PZR, Füllungen...), und anschließend eine größere Behandlung (Zahnersatz, Implantat, Frontzahnveneers) geplant haben, ist es wichtig, dass Sie die kleineren Rechnungen von der DZR VOR dem Beginn der größeren Behandlung pünktlich bezahlt haben. Sonst könnte Ihre Bonität von der DZR heruntergestuft werden, was eine Ablehnung der Übernahme Ihrer größeren Behandlung bedeuten könnte. Dies würde dazu führen, dass Sie die Behandlungskosten vor dem Beginn vorlegen müssten. Einfache Regel: Rechnungen von der DZR immer pünktlich zahlen! 😊

- **Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine:**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden (**Montag bis Freitag**) vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an Patienten auf eine Warteliste anbieten, die sonst länger warten müssten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden (**Montag bis Freitag**) vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen und ohne Vorlage eines Krankenscheins auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100 Euro** pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen. Dafür bitten wir Sie auch um Verständnis. Im Krankheitsfall können Sie uns gerne eine Kopie der Arztbescheinigung zukommen lassen. Damit entfällt die Ausfallgebühr.

- **Patientenfotos**

Jahr für Jahr behandeln wir über 2.500 neue Patienten, zusätzlich zu unseren vielen Stammpatienten. Dies führt unweigerlich dazu, dass regelmäßig Patienten mit dem gleichen Namen und Vornamen zu uns kommen. Aus diesem Grund und um sicherzustellen, dass wir Sie nicht mit einem anderen Patienten verwechseln, z.B. im Falle einer Besprechung Ihres Falles unter Kollegen (immer intern bei uns in der Praxis) oder falls Ihr zuständiger Behandler abwesend ist, oder auch beim Abholen aus dem Wartezimmer, machen wir ein Foto von unseren Neupatienten bei der Erstanmeldung. Wie bei allen anderen Daten, die wir über Sie sammeln, unterliegen diese Bilder sowohl der ärztlichen Geheimhaltungspflicht als auch dem Datenschutzgesetz und werden selbstverständlich NIE an Dritte ohne eine schriftliche Genehmigung von Ihnen weitergereicht. Sie können jedoch diese Maßnahme ablehnen. Bitte wählen Sie:

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass ein Bild von mir gemacht und ausschließlich für interne Zwecke verwendet und gespeichert wird
- Nein**, ich möchte nicht, dass ein Bild von mir gemacht bzw. gespeichert wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer:	
Medikamente:	Nehmen Sie Medikamente ein? Wogegen?/Wofür?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie? Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit? Wenn ja, welche? _____ Wurden Sie am Herz operiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar-Patient?) Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (= Diabetes)? Wenn ja, welcher Typ? _____ Seit wann bekannt? _____ Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epilepsie? Krämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (= Hämophilie)? Blutarmut (= Anämie)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C) . Welche? _____ Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? _____ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, welches Körperteil? _____ Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemein:	Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben eingegeben ist? (z.B. Asthma, Glaukom, Nierenerkrankung...) Welche? _____	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.
Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____

Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine auf Sie persönlich abgestimmte, individuelle Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

Haben Sie jetzt oder gelegentlich Zahnschmerzen? Wenn ja, welche? Seit wann? _____

1. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne jeden Tag? weniger als einmal pro Tag einmal zweimal dreimal
2. Verwenden Sie täglich Zahnseide nach dem Zähneputzen? Ja nein
3. Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal? Ja nein
4. Sind Ihre Zähne sensibel wenn Sie heiße oder kalte Speisen zu sich nehmen? Ja nein
5. Leiden Sie regelmäßig unter Mundgeruch? Ja nein
6. Haben Sie Befürchtungen, in einen knackigen, harten Apfel zu beißen? Ja nein
7. Leiden Sie in letzter Zeit unter entzündetem Zahnfleisch mit Schwellung oder Eiterung? Ja nein
8. „Knackst“ Ihr Kiefergelenk? Ja nein
9. Stört Sie zurzeit irgendetwas in Ihrem Mund (besonders für Prothesenträger)? Ja nein
Wenn ja, was? _____
10. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Zähne zu „locker“ sind? Ja nein
11. Haben Sie einen beständigen Hustenreiz? Ja nein
12. Stört Sie die Form Ihrer Zähne? Ja nein
13. Stört Sie die Farbe Ihrer Zähne? Ja nein
14. Wie gefällt Ihnen Ihr Lächeln auf einer Scala von 1 bis 10? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hätten Sie gerne Informationen von Ihrem Zahnarzt zu den folgenden Themen:

- einfühlsame, schmerzfreie Behandlung
- Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenprobleme und Ähnliches:
- Die Ursache mit CMD/Funktionsdiagnostik erkennen und behandeln
- Behandlung unter Vollnarkose
- Professionelle Zahnreinigung („PZR“) u. a. durch schonende Entfernung der Zahnbeläge mit Airflow®
- Individuelle Aufklärung für eine bessere Mundhygiene
- Amalgamaustausch, Amalgamsanierung und Alternativmaterialien
- Veneers / Non Präp Veneers („Hollywood Smile“)
- Ästhetische Zahnbehandlung: schöne, weiße, metallfreie, vollkeramische Versorgung
- Bleaching (Zahnfarbtaufhellung – „weiße Zähne“)
- Bioverträgliche Implantate, d.h. festsitzender Zahnersatz trotz Zahnverlust

Sonstiges: _____

Terminerinnerung:

Wie möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Termine erinnert werden?

- Erinnerung: per Telefon per E-Mail
 per SMS keine Erinnerung

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Umfrage

Helfen Sie uns, unsere Patienten besser kennen zu lernen, und wie und warum Sie zu uns gekommen sind. Dadurch können wir Sie und alle unsere Patienten zukünftig noch besser behandeln. Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Wie sind Sie auf uns zu gekommen?

- Über Empfehlung eines unserer Patienten. Name, Vorname: _____
- Über eine Internet Suchmaschine
 - Google: Welche Suchwörter („Keywords“) hatten Sie eingegeben? _____
 - Über einen Auskunftsdienst oder Zahnärzte-Verzeichnis im Internet:
 - www.Jameda.de
 - Orthopress
 - Über eine telefonische Auskunft. Welche? _____
 - Anderes _____
- Haben Sie unsere Homepage besucht (www.zahnarzt-tomovic.de)? Ja Nein
- Wie hat sie Ihnen gefallen? _____
- Fanden Sie, was Sie gesucht hatten? Ja Nein
- Waren Sie mit den Informationen zufrieden? Ja Nein
- Was hat Ihnen besonders gut gefallen? _____
- Gab es etwas, was Ihnen gefehlt oder nicht gefallen hat? _____

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis verändern würden, was wäre das?

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis loben würden, was wäre das?

Was erwarten Sie von einem guten Zahnarzt? _____

Wovor haben Sie am meisten Angst beim Zahnarzt? Was würde Sie am meisten stören? Was mögen Sie am wenigsten?

Ende des Fragebogens

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! (Bei Bedarf können Sie auch auf der Rückseite schreiben)