

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

Ausgeübter 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

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, WAS Sie von uns erwarten und WIE Sie am liebsten möchten, dass wir mit Ihnen umgehen. Z.B. manche haben es lieber, wir sprechen das Thema Angst gar nicht an. Andere wünschen sich genau das Gegenteil. Wenn Sie zum ersten Mal zu uns kommen, erhalten Sie diesen Anmeldebogen zum Ausfüllen, damit wir Sie besser kennen lernen. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“. Vielen Dank.

- **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 herabgestuft 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 eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100 Euro** pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen. Dafür bitten wir Sie auch um Verständnis.

- **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

Name, Vorname: _____ Geboren am: _____

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Nehmen Sie Medikamente ein? Wogegen?/Wofür? Ja nein

Allergien: Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie?
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja nein

Herzerkrankungen: Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit? Ja nein
Wenn ja, welche? _____
Wurden Sie am Herz operiert? Ja nein

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? Ja nein
Zu niedriger Blutdruck Ja nein
Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ Ja nein
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Macumar-Patient?) Ja nein
Ohnmachtsanfälle? Ja nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (= Diabetes)? Wenn ja, welcher Typ? _____ Ja nein
Seit wann bekannt? _____
Magen-Darmerkrankungen? Ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja nein

Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie? Ja nein
Krämpfe? Ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (= Hämophilie)? Ja nein
Blutarmut (= Anämie)? Ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C) . Welche? _____ Ja nein
Tuberkulose? Ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.? Ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? _____ Ja nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt? Ja nein
Wenn ja, welches Körperteil? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____ Ja 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? | <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Tag | <input type="checkbox"/> einmal | <input type="checkbox"/> zweimal | <input type="checkbox"/> dreimal |
| 2. Verwenden Sie täglich Zahnseide nach dem Zähneputzen? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 3. Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 4. Sind Ihre Zähne sensibel wenn Sie heiße oder kalte Speisen zu sich nehmen? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Leiden Sie regelmäßig unter Mundgeruch? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Haben Sie Befürchtungen, in einen knackigen, harten Apfel zu beißen? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Naschen Sie regelmäßig Schokolade oder andere Süßigkeiten? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 8. Leiden Sie in letzter Zeit unter entzündetem Zahnfleisch mit Schwellung oder Eiterung? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 9. „Knackst“ Ihr Kiefergelenk? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 10. Stört Sie zurzeit irgendetwas in Ihrem Mund (besonders für Prothesenträger)?
Wenn ja, was? _____ | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 11. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Zähne zu „locker“ sind? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 12. Haben Sie einen beständigen Hustenreiz? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 13. Haben Sie Rückenschmerzen? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 14. Stört Sie die Form Ihrer Zähne? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 15. Stört Sie die Farbe Ihrer Zähne? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |

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

- Power-Spange (zur Verbesserung der Kondition beim Sport und im Alltag)
- empfindsamer, 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
- Lumineers („Hollywood Smile“)
- Ästhetische Zahnbehandlung: schöne, weiße, metallfreie, vollkeramische Versorgung
- Bleaching (Zahnfarbtaufhellung – „weiße Zähne“)
- Bioverträgliche Implantate, d.h. festsitzender Zahnersatz trotz Zahnverlust
- Sonstiges: _____

Terminerinnerung: Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Termine erinnert werden?
Zögern Sie nicht, Ihren Zahnarzt oder unsere Helferinnen darauf anzusprechen.

Ja nein

Erinnerung: per Telefon per SMS per E-Mail

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 das Telefonbuch/die Gelben Seiten (Printmedium):
 - Telefonbuch Frankfurt Gelbe Seiten Frankfurt Branchenkompass Frankfurt Regionale Gelbe Seiten Frankfurt
 - Anderes Telefonbuch/Branchenverzeichnis: _____
- Übers Internet
 - Über eine Suchmaschine:
 - Google: Welche Suchwörter („Keywords“) hatten Sie eingegeben? : _____
 - Google Maps Yahoo Lycos Fireball Andere: _____
 - Über einen Auskunftsdienst oder Zahnärzte-Verzeichnis im Internet:
 - www.teleauskunft.de (Telefonbuch, GelbeSeiten...) www.gelbeseiten.de www.dastelefonbuch.de
 - www.stadtbranchenbuch.com www.goyellow.de www.imedo.de www.KennstDuEinen.de
 - www.telefonauskunft.de www.klicktel.de www.11880.com www.frankfurt.de
 - www.zahnarzt-empfehlung.de www.die-zahnarzttempfehlung.com www.jameda.de
 - www.ratgeber-hochzeit.de www.wedding.de Anderes: _____
- Haben Sie unsere Homepage besucht (www.zahnarzt-tomovic.de)?
 - Wie hat sie Ihnen gefallen? _____
 - Fanden Sie, was Sie gesucht hatten? _____
 - Waren Sie mit den Informationen zufrieden? _____
 - Was hat Ihnen besonders gut gefallen? _____
 - Gab es etwas, was Ihnen gefehlt oder nicht gefallen hat? _____
- Über eine telefonische Auskunft. Welche? _____
- Haben Sie unser(e/en) Fenster-Beschriftung Praxis-Schild leuchtenden Zahn von der Straße gesehen?
- Haben Sie unser Werbepplakat in der U- /S-Bahn Anlage gesehen? Konstablerwache Taususanlage HBF-FFM
- Jemand hat Ihnen einen Gutschein für eine Professionelle Zahnreinigung/Bleaching/Lumineers ausgehändigt?
 - War das ein Mitarbeiter von uns? Ein Bekannter? Ein Kollege? Ein Verwandter? Name: _____
- Sonstige Quelle (Zeitung, Zeitschrift, kostenlose Zeitung, z.B. Boulevard Times usw.): _____

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? _____

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