

**Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital
Dr. med. dent. Martin Emmerich und Partner**

Boxgraben 99 - 52064 Aachen
Telefon: 0241 - 4007277 - Telefax: 0241 - 4007278

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können,
benötigen wir einige Daten von Ihnen.

Name:	_____	Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungs- Mitglied sind, wer ist der/die Versicherte
Vorname	_____	Name: _____
Geburtsdatum	_____	Vorname:: _____
Adresse:	_____ _____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil: _____
E-Mail:	_____ @ _____	
Beruf.	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort	_____ _____	Name: _____ Adresse: _____
Tel.Arbeitsplatz:	_____	
Krankenkasse : pflichtversichert:	Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)	Bei welcher Krankenkasse _____
Privatversichert :	Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)	Über welche Versicherung _____
Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?		Ja(<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)
Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlung?		Ja (<input type="checkbox"/>) / Nein (<input type="checkbox"/>)
Wie möchten sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	(<input type="checkbox"/>) E-Mail (<input type="checkbox"/>) SMS	

Wir bitten Sie Termine, die sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die durch ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können (gemäß §615 BGB).

Vorname / Nachname

Ort, Datum

Wir nehmen die individuellen Bedürfnisse unsere Patienten äußerst ernst.
Deshalb würden wir gerne wissen, was wir bei ihrer
Behandlung besonders berücksichtigen sollen.

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen JA () / NEIN ()
Starke Schmerzempfindlichkeit JA () / NEIN ()
Starker Würgeiz JA () / NEIN ()

Was haben Sie bei Ihren bisherigen Zahnarztbesuchen am meisten vermisst?

Durch wen oder was sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Empfehlung durch Bekannten: () Name: _____
Überweisung durch Zahnarzt: () Name: _____
Überweisung durch Allgemeinmediziner: () Name: _____
Internet: () _____
Sonstiges: () _____

Welche Beratungswünsche haben Sie:

Parodontalerkrankung JA () / NEIN ()
Implantatversorgungen JA () / NEIN ()
Amalgamentfernung JA () / NEIN ()
Zahnfarbene Füllungen JA () / NEIN ()
Intensivreinigung der Zähne JA () / NEIN ()
Aufhellen der Zähne (Bleichen) JA () / NEIN ()
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln JA () / NEIN ()
Sonstiges: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? JA () / NEIN ()

Grund Ihres Besuches

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Alle Angaben unterstehen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Normale Kontrolluntersuchung: JA () / NEIN ()
Schmerzen: JA () / NEIN ()
Wenn ja, seit wann haben Sie Beschwerden: _____
Wo haben Sie Beschwerden: _____
Haben Sie Zahnfleischbluten? JA () / NEIN ()
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? JA () / NEIN ()
Sind Ihre Zähne gelockert? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen einer Parodontalbehandlung? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen einer Implantatbehandlung? JA () / NEIN ()
Haben Sie Reibegeräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? JA () / NEIN ()
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? JA () / NEIN ()
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? JA () / NEIN ()
Überweisung wegen Kiefergelenksbeschwerden? JA () / NEIN ()

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Haben Sie Osteoporose? JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Epilepsie? JA () / NEIN ()
Leiden Sie an einer Lungenerkrankung / an Asthma? JA () / NEIN ()
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar)? JA () / NEIN ()
Haben Sie Diabetes? JA () / NEIN ()
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? JA () / NEIN ()
Haben Sie künstliche Herzklappen / einen Herzschrittmacher? JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Herzinsuffizienz oder eine andere Herzerkrankung? JA () / NEIN ()
Hatten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Bluthochdruck? JA () / NEIN ()
Haben Sie niedrigen Blutdruck? JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Lebererkrankung? JA () / NEIN ()

Haben Sie Hepatitis B oder C?	JA () / NEIN ()
Sind Sie HIV positiv oder haben Sie eine andere Immunschwäche?	JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Rheuma?	JA () / NEIN ()
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	JA () / NEIN ()
Leiden Sie unter Migräne?	JA () / NEIN ()
Wurden Sie schon mal wegen einer Krebserkrankung behandelt?	JA () / NEIN ()
Haben Sie grünen Star?	JA () / NEIN ()
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	JA () / NEIN ()
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe oder Medikamente? Wenn ja, welche: _____	JA () / NEIN ()
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche: _____	JA () / NEIN ()
Haben Sie einen Allergiepass?	JA () / NEIN ()
Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____	JA () / NEIN ()
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: _____	JA () / NEIN ()
Sind Sie schon mal im Kopfbereich geröntgt worden? Wann war die letzte Aufnahme: _____ Durch wen: _____	JA () / NEIN ()

Allgemeines:

Wir bieten in unserer Praxis nur höchste Qualität und unterscheiden nicht zwischen Kassen- und Privatbehandlungen. So entsteht Kassenpatienten zum Beispiel bei zahnfarbenden Füllungen ein Eigenanteil von ca. 55 bis 75 Euro pro Zahn, bei Wurzelbehandlungen ein Eigenanteil von ca. 60-80 Euro pro Wurzelkanal.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass alle nicht kassengetragenen Beträge unter 100,00 Euro direkt nach der Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu entrichten sind. Die Rechnungen schicken wir über unser Rechnungszentrum " EOS Health AG" zu.

Sonderinformation: Es besteht die Möglichkeit der **zinsfreien Ratenzahlung (Mindestrate von 25 Euro/Monat) bis zu 12 Monaten** über unseren Abrechnungsservice EOS Health. Wenn Sie diesen Service in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte direkt an EOS Health (Tel.: +49 (0)40-2850-6000).

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Aachen, den

Unterschrift Patient

Wir garantieren: Erstklassige Behandlung für jeden Kassenpatienten

Liebe Patienten,

nach den **Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen** werden Zahnbehandlungen leider stark an deren Wirtschaftlichkeit bemessen und durch den Gesetzgeber lediglich als **zweckmäßig und ausreichend** definiert. In unserer Praxis werden Sie jedoch nach den modernsten, wissenschaftlich anerkannten Methoden behandelt, für die es teilweise bei den gesetzlichen Krankenkassen keine Abrechnungsposition gibt.

Das hat allerdings zur Folge, dass Sie bei bestimmten Behandlungen einen Eigenanteil an den Behandlungskosten aufbringen müssen.

Wir nennen Ihnen einige Beispiele:

Bei **stärker geschädigten Zähnen** ist eine hochwertige Behandlung zum Erhalt der Zähne nach Kassenrichtlinien nicht möglich; folglich wird empfohlen, diesen Zahn zu entfernen.

Bei **Füllungen** der Seitenzähne zahlen die Krankenkassen nur die preiswerteste Lösung, nämlich quecksilberhaltiges, ungesundes und allergieerregendes Amalgam oder preisgünstige nicht-zahnfarbene Ersatzmaterialien. Wir benutzen alternativ dazu beste mit Keramik gefüllte Kunststoffe, deren Materialeinkaufspreis ungefähr dem des Goldes entspricht.

Trotz dieser sehr kostenintensiven Materialien hält sich Ihr Eigenanteil von 50 bis 70 Euro pro Zahn relativ in Grenzen.

Die Krankenkassen stellen enge Rahmenbedingungen für Wurzelbehandlungen. Zähne müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, damit die Kosten von der Kasse übernommen werden.

Dazu gehört z.B. das eine geschlossene Zahnreihe oder funktionstüchtiger Zahnersatz erhalten werden kann. Ein Erhalt von Zähnen, die diesen Kriterien nicht entsprechen, kann unter bestimmten Voraussetzungen trotz allem sinnvoll sein. In diesem Falle und auf Ihren Wunsch hin können solche Zähne jedoch nur unter Erbringung einer Privatleistung erhalten werden.

Neben Zahnsteinentfernung gibt es die sogenannte **professionelle Zahnreinigung**, bei der nicht nur Zahnstein, sondern die bakteriellen Beläge entfernt werden. (Beachten Sie bitte unsere Informationsschreiben zu diesem Thema)

Diese Behandlung ist eine sogen. "High-End"-Reinigung und schützt die Zähne bei regelmäßigen Wiederholungen nachhaltig gegen Karies und Parodontose. Positiver Nebeneffekt dabei ist, dass: Ihre Zähne heller, strahlender und schöner wirken. (Behandlungszeit ca. 1 Stunde).

Solch eine professionelle Zahnreinigung sollte **vor einer Parodontalbehandlung** 2-3 mal durchgeführt werden. Die Kosten für eine solche Behandlung betragen 25 Euro je angefangene 15 Minuten. Leider werden die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen nur bis zum 18. Lebensjahr übernommen.

Die Kosten für eine geschlossene Parodontalbehandlung selbst, die anschließend durchgeführt wird, übernimmt komplett Ihre Krankenkasse.

Unser moderates Zuzahlungskonzept ermöglicht auf diese Weise jederzeit eine erstklassige Behandlung, obwohl eine Vollkaskobehandlung im gesetzlichen Krankenkassenbereich heutzutage nicht mehr möglich ist.

Ihre Praxisklinik der Zahnheilkunde am Luisenhospital