

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Die von Dr. Sasan Harun-Mahdavi gegründete Praxis „Zahnärzte im Lehel“ besteht seit dem 01. Juli 1997. Als Mitglied in der KZVB<sup>1</sup>, BLZK<sup>2</sup>, FVDZ<sup>3</sup>, DGCO<sup>4</sup> und der DGÄZ<sup>5</sup> haben sich Dr. Mahdavi und seine Kollegen einer ganz bestimmten Philosophie verschrieben.

Bei allen unseren Erwägungen stehen die/er Patient/in und die medizinische Ethik im Mittelpunkt. Damit gilt die Zahnerhaltung als Prämisse für unsere Behandlungsentscheidung. Die Ästhetik als das Zentrum der modernen Zahnheilkunde ist zwar auch ein Schwerpunkt unseres zahnärztlichen Könnens, aber Ihre Zahngesundheit ist das primäre Ziel unserer Behandlungen. Hierfür werden sowohl die Ärzte als auch das Praxisteam stetig auf dem neuesten Stand der Wissenschaft gehalten. In Zusammenarbeit mit unserem Team aus Zahntechnikermeistern erfüllen wir auch im Bereich Zahnersatz höchste Ansprüche in Planung, Material, Funktion und Ästhetik.

Wie Sie vielleicht auf unserer Homepage oder durch Freunde und Bekannte erfahren haben, bietet unsere Praxis eine Reihe von Leistungen, die Sie im Bedarfsfall von uns erhalten können.

Dazu gehören nahezu alle Disziplinen der modernen Zahnheilkunde:

- Professionelle Zahnreinigung
- Karies-Vermeidung (Prophylaxe)
- Amalgamsanierung (Quecksilberausleitung, „Ganzheitliche Zahnheilkunde“)
- Wurzelbehandlung (Endodontie)
- Zahnfleischbehandlung (Parodontologie)
- Kiefergelenkbehandlung (CMD- oder auch TMJ-Therapie)
- Bisskorrektur (Bissanhebung und -einstellung durch Kauflächenanpassung)
- Weiße Zähne (Home- & Office-Bleaching)
- Zahnfarbene vollkeramische Versorgung mit Inlays und Kronen und Veneers (Ästhetische Zahnheilkunde)
- Künstliche Zahnwurzeln (Implantologie)
- Ernährungsfragen für gesunde Zähne und Zahnfleisch
- Digitales Röntgen (auch Schichttechnik)
- Computergestützte Anfertigung von Zahnersatz (CEREC)

Bitte zögern Sie nicht, uns nach allem was Sie bezüglich Ihrer Zahngesundheit interessiert zu fragen.

Unser Team aus Spezialisten freut sich Ihre Fragen beantworten und gegebenenfalls Ihre Behandlung planen und ausführen zu dürfen oder Ihnen einfach mit einer zahnärztlichen Beratung zu helfen. Wir nehmen uns gerne die Zeit.



Ihr Praxis Team

1 Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern; 2 Bayerische Landes Zahnärztekammer; 3 Freier Verband Deutscher Zahnärzte; 4 Deutsche Gesellschaft für Chirotherapie und Osteopathie; 5 Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde

### Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon Büro: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten (sofern Sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um Erkrankungen vorzubeugen?

ja  nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch

per Brief

per SMS

per E-Mail

**Allgemeine Anamnese**

Herzerkrankungen	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Herzschrittmacher	nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Immunschwäche (z.B. HIV / Aids)	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Rheuma	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Diabetes	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Nierenerkrankung	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Lungenerkrankung (z.B. Tbc) /	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Asthma	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Epilepsie	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Osteoporose	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Haben / Hatten Sie eine sonstige schwere Erkrankung (insbesondere Tumorerkrankungen) oder größere Operationen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden Therapien mit Bisphosphonaten durchgeführt (z.B. nach einer Brust-/ Prostatakrebs oder bei Osteoporose)?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Allergien** nein  unbekannt  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie eines der folgenden **Medikamente** ein?

Marcumar  ASS  Verhütungsmittel (Pille)   $\beta$ -Blocker  Schlafmittel

Schmerz- bzw. Beruhigungsmittel  Opiate

Gibt es sonst Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? nein  unbekannt  ja

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie **Raucher**? ja  wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_ nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie **schwanger**? ja  unbekannt  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Spezielle Anamnese

Sind sie in therapeutischer Behandlung (Physiotherapie, Psychotherapie, Osteopathie, Cranio-Sacral-Therapie, Logopädie, etc.)?

ja  nein

Wenn ja, welche und warum? \_\_\_\_\_

---

Hatten Sie als Kind eine Zahnspange, Klammern oder sind sie bzw. waren sie in kieferorthopädischer Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

---

Wurden bei Ihnen Kieferoperationen durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

---

Wurden Zähne überkront bzw. tragen Sie Zahnersatz?

ja  nein

Wann wurden zuletzt Kronen bzw. Zahnersatz eingegliedert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnersatz/Kronen?

ja  nein

---

Haben Sie Probleme beim Sprechen, Gähnen, Kauen, sonstiges?

ja  nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?

ja  nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

ja  nein

Beobachten Sie Knack- bzw. Reibegeräusche beim Öffnen oder Schließen des

Mundes an den Kiefergelenken?

ja  nein

Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?

ja  nein

Haben Sie Verspannungen im Bereich der Nacken-, Schulter- oder Rückenmuskulatur?

ja  nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

ja  nein

Wenn ja wie häufig? : täglich  wöchentlich  monatlich  jährlich

---

Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt worden?

ja  nein

---

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

ja  nein

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

ja  nein

## Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Knirschen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Beratung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>
Karies-Vermeidung	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbehandlung	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbehandlung	<input type="checkbox"/>
Weißer Zähne (Bleaching)	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Versorgung	<input type="checkbox"/>
Ästhetik / strahlendes Lächeln	<input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung	<input type="checkbox"/>
Ernährungsfragen	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Wichtig:

**Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen, daher vermeiden Sie möglichst die Teilnahme am Straßenverkehr.**

**Bitte zu beachten, dass wir eine Bestellpraxis sind und wir uns organisatorisch größte Mühe geben um unsere Patienten in einem Zeitfenster von maximal 15 Minuten pünktlich zum vereinbarten Termin behandeln können.**

### Vereinbarung:

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ich ansonsten einen pauschalen Stundensatz von 100,-€ in Rechnung gestellt bekomme.**

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

## Erklärung zur Privaten Versicherung

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Aufgrund der unterschiedlichen Versicherungsverträge privatversicherter Patienten und der damit verbundenen Leistungseinschränkungen, sind Sie verpflichtet uns über Ihren Versicherungstarif zu informieren. Daher bitten wir Sie nachfolgend einige Angaben zu Ihrer privaten Krankenversicherung zu machen.

Hier noch ein grundsätzlicher Hinweis für alle Privatversicherten:

Im Gegensatz zu gesetzlich versicherten Patienten haben wir keinen Vertrag mit Ihrer privaten Krankenversicherung. Im Falle einer Behandlung entsteht ein Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem Behandler. Demzufolge sind Behandlungskosten, die streng nach der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung gestellt werden, von Ihnen als Patient und Vertragspartner in vollem Umfang zu tragen, unabhängig von der Erstattungshöhe Ihrer privaten Krankenversicherung.

Wir weisen darauf hin, dass gemäß §10 Abs. 1 GOZ zahnärztliche Honorarforderungen bereits nach Zugang der Rechnung fällig sind.

### Erklärung des Privatversicherten zum Versicherungstarif

Ich bin bei folgender Privaten Krankenversicherung versichert: \_\_\_\_\_

- Ich bin **nicht** im so genannten Standardtarif meiner privaten Krankenversicherung versichert
- Ich bin im so genannten Standardtarif meiner privaten Krankenversicherung versichert
- Ich bin Selbstzahler
- Ich bin Beihilfeberechtigt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Sämtliche aus dem Behandlungsvertrag zwischen dem Zahnarzt und mir als Patient resultierenden Ansprüche werden von mir weder an Dritte abgegeben noch verpfändet. Der Forderungsübergang nach §67 Versicherungsvertragsgesetz wird somit ausgeschlossen.

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

## Nur für Versicherte mit Standardtarif

---

### Was ist anders bei Patienten mit einem Standardtarif der Privaten Krankenversicherung?

§ 5a der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der Privaten Krankenversicherung; hier heißt es: „Für Versicherte, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert sind, werden nur Leistungen die **zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich** sind (entspricht dem Standard der Kassenversicherung), Gebühren nur bis zum 1,7 fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 GOZ erstattet (dies liegt teilweise sogar unter dem Kassenstandard).“ Darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherte selbst tragen.

### Erklärung des Versicherten über eine Behandlung außerhalb des Standardtarifs

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb.am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des zahnärztlichen Honorars durch meine Private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen im Rahmen des Standardtarifs nur bis zum 1,7fachen Gebührensatz der GOZ gewährleistet ist und ich die darüber hinausgehenden Kosten meiner zahnärztlichen Behandlung selbst zu tragen habe.**

Eine Kopie der Erklärung habe ich erhalten

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient