



当医院へようこそ

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

歯科治療を始める前に、恐れ入りますがご自身についてと現在のご自身の健康状態についてご記入下さい。  
これは個々の患者に適応したリスクの少ない治療の為に大変重要なことです。ご記入いただいた内容が  
第三者に漏れることはありません。

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.

患者 Patient

男性/女性

名字 Name

名前 Vorname

誕生日 geb.

Herr/Frau

住所 Adresse

通り Straße

番号 Nr.

電話番号 (自宅) TEL.

郵便番号 Postleitzahl

市 Ort

保険会社

Krankenkasse oder Versicherung

保険番号 Mitgliedsnr.

職業 Beruf

公的保険の方へ、Für Kassenpatienten

毎回医院へお越しいただく際に、保険カードが必要となります。万が一お忘れになり、治療後 14 日経ってもカ  
ードをご提示いただけない場合はプライベート患者と見なし、歯科治療費に関する法律に基き、プライベートの  
請求書を送らせていただくこととなりますので、予めご了承下さい。

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so  
betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

公的保険が全く請け負わない、又は部分的に請け負う最新の、また最良の歯科治療方法についてのインフォメ  
ーションをご希望ですか？

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn  
diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

- はい Ja  
 いいえ Nein

専門的な歯科予防プログラムについてのインフォメーションをご希望ですか？

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

- はい、将来的には虫歯の起らない状態にしたい  
Ja, Ich möchte in Zukunft kein Karies mehr haben  
 いいえ Nein

当医院では患者の皆様は長くお待ちいただくことの無いよう努力をいたしております。その為に、万が一何らか  
の都合により予約時間にお越しいただけない場合には、24 時間前までにその旨ご連絡ください。ご連絡も無く、  
予約の時間にお越しいただけなかった場合は、公的保険の患者であっても、歯科治療費に関する法律に基き、そ  
の時間分を金額で請求させていただくこととなります。

尚、緊急の痛みを伴う患者が来院された場合には、その患者の治療が優先されます。それにより、多少お待ち  
いただくこともありますので、どうぞご理解下さい。

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher  
abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung  
nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in  
das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

私の歯科治療に関する情報は随時医院へお知らせいたします。私の治療に関する情報、同時にコンピューターに  
登録されている情報を、今後の治療目的の為に他の医師へ提供することに同意いたします。

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtere Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV  
gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

日付け Datum

サイン Unterschrift

問診表 Aufnahmebogen

医者治療 Ärztliche Behandlung	現在医者にかかっていますか？ Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? かかっている場合、何の病気ですか？ Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein
かかりつけの医師又は専門医について 名前、住所、電話番号 Hausarzt / Facharzt	Name, Adresse, Telefonnummer		
薬 Medikamente	常用されている薬は何ですか？ Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
アレルギー Allergie	どんな物質また薬に対してアレルギー、又は過敏ですか？ Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? アレルギー手帳をお持ちですか？ Besitzen Sie einen Allergiepaß?	<input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein
心臓疾患 Herzerkrankungen	心不全症 Herzschwäche (Insuffizienz) 不整脈 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) 心臓喘息、狭心症 Herzasthma, Angina Pectoris 心臓ペースメーカー、人工心臓弁膜 Herzschrittmacher, Herzklappenersatz その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
循環器系 Kreislaufkrankungen	高血圧 Zu hoher Blutdruck 低血圧 Zu niedriger Blutdruck 心筋梗塞 Zustand nach Herzinfarkt 抗凝血剤を飲んでますか？ Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
自律神経系の疾患 Vegetative Erkrankungen	発作的失神 Ohnmachtsanfälle 興奮剤また安定剤を飲んでますか？ Nehmen Sie Aufpusch- oder Beruhigungsmittel? その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
代謝機能障害 Stoffwechselerkrankungen	糖尿病 Zuckerkrankheit (Diabetes) 胃腸病 Magen-Darmerkrankungen 甲状腺機能障害 Schilddrüsenerkrankungen その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
神経系統の疾患 Erkrankung des Nervensystems	痙攣発作 Epileptiforme Anfälle 痙攣 Krämpfe その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
血液系疾患 Bluterkrankungen	血友病 Blutungsneigung (Hämophilie) 貧血 Blutarmut (Anämie) その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
感染性疾患 Infektionskrankheiten	肝炎 / 黄疽 (肝炎 A型、B型) Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B) 結核 Tuberklose 慢性的な呼吸器官系疾患、咳 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? エイズテストを受けられたことがありますか？ Würde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? ある場合、結果はどうでしたか？ Wenn ja, mit welchem Ergebnis? その他 Sonstiges	<input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja <input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein <input type="checkbox"/> いいえ Nein
その他 Weitere Angaben	薬物またはアルコール依存症ですか？ Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein
レントゲン Röntgen	昨年、頭部、顎部、歯部のレントゲンを撮られましたか？ Würden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? 当医院の最新のレントゲン装置は最少の放射線を保証いたします。 Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	<input type="checkbox"/> はい Ja	<input type="checkbox"/> いいえ Nein
妊娠状態 Schwangerschaft	妊娠している場合、現在何ヶ月目ですか？ Wenn ja, in welchem Monat?		

ご協力有り難うございました。上記の件につき変更がある場合には直ちに医院までご連絡下さい。  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

日付け Datum

サイン Unterschrift

## プライベート保険の患者の治療に関する同意書

私は本日、Zahnmedizinisches Zentrum に於いて、予定された治療に関しての説明を受けました。

治療終了後、歯科治療費はその都度の消費時間、難易度、そして場合によっては治療の特別な事情により、歯科医費用に関する法律（GOZ）と医師費用に関する法律(GOA)に基き清算されます。GOZ では、2、3倍、また GOA では1.8倍の料金超過に関しては、治療に関連した理由が承認されています。

万が一、保険会社との間で治療費の補助に関し問題が生じた場合には、医院は出来る限りの範囲内で私の要求権の貫徹の援助をします。しかしながら医院は、個々の保険会社の支払い事情には何の影響力も持ちません。なぜならば、これは個々の被保険者と保険会社との間で交わされた保険契約の中での支払い取り決めだからです。

プライベートの保険会社からの補助の件が最終的に明確となるまでは、私は全額をお支払い致します。もし私が保険会社の提示した支払い可能な限度額に同意できない場合には、法律上の手段に訴える事も致します。

Frankfurt、日付け \_\_\_\_\_、署名 \_\_\_\_\_