

# Fragebogen zur Erhebung von Praxisbesonderheiten



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Fax 069-427275-105, E-Mail [box@lzk.de](mailto:box@lzk.de) oder Post an:

Landeszahnärztekammer Hessen  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt am Main

## 1. Praxisdaten

Name, Vorname und Titel \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Internetadresse \_\_\_\_\_

Kassenzulassung  ja  nein

## 2. Gegebenheiten in der Praxis

Ist Ihre Praxis für zugänglich? Ohne Hilfe  ja  nein  
In Begleitung bzw. mit Hilfe  ja  nein

Ist das WC für Rollstuhlfahrer uneingeschränkt geeignet?  ja  nein

Steht das Praxispersonal für Hilfeleistungen zur Verfügung?  ja  nein

Verfügt Ihre Praxis über PKW-Parkplätze?  ja  nein

Verfügt Ihre Praxis über einen Behandlungsstuhl, der auf schwergewichtige Patienten ausgerichtet ist?  ja  nein

Dieser Stuhl kann mit einem Patientengewicht belastet werden (s. Betriebsanleitung des Behandlungsstuhls oder gemäß Herstellerangaben) bis maximal \_\_\_\_\_ kg

Ist Ihre Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen?  ja  nein

## 3. Zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten

Führen Sie Haus- und Heimbefuche durch?  ja  nein

Werden in Ihrer Praxis Behandlungen in Narkose oder Analgosedierung (Tiefschlaf) durchgeführt?  ja  nein

Behandeln Sie in Ihrer Praxis extreme Angstpatienten?  ja  nein

Führen Sie in Ihrer Praxis Behandlungen unter Hypnose durch?  ja  nein

Werden in Ihrer Praxis **alle** Allgemeinzahnärztlichen Behandlungen durchgeführt?  ja  nein

Wie viele Special Care-Patienten behandeln Sie ca. pro Jahr? \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, in den erweiterten Zahnärzte-Suchservice „Praxisbesonderheiten“ auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer aufgenommen zu werden.  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_