

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte*r Patient*in müssen Sie bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte*r Patient*in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

PATIENT

<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname	Geb.-Datum
<input type="checkbox"/> Frau			
<input type="checkbox"/> Divers			
Straße / Hausnummer		E-Mail *	Geburtsort *
PLZ / Ort		Telefon	Mobil
Beruf *		Arbeitgeber *	
Straße / Hausnummer des Arbeitgebers *		PLZ / Ort des Arbeitgebers *	Telefonnummer des Arbeitgebers *

* freiwillige Angaben

Name der Hausarztpraxis		
Straße / Hausnummer des Hausarztes		
PLZ / Ort des Hausarztes	Telefonnummer des Hausarztes	

MITGLIED / ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

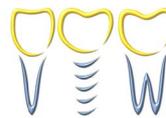
<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname	Geb.-Datum
<input type="checkbox"/> Frau			
<input type="checkbox"/> Divers			
Straße / Hausnummer		E-Mail *	Geburtsort *
PLZ / Ort		Telefon	Mobil
Beruf *		Arbeitgeber *	
Straße / Hausnummer des Arbeitgebers *		PLZ / Ort des Arbeitgebers *	Telefonnummer des Arbeitgebers *

* freiwillige Angaben

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)		
---	--	--

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte/r	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte/r	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

Bitte Rückseite beachten!



Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Allergien ja nein

Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein

Haben Sie Lähmungen? ja nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck? niedrig: normal: erhöht: ggf. Werte:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Sonstiges ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss: ggf. wievielte Woche:

Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum:

Art der Verletzung:

Sonstige Angaben/andere Krankheiten

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wann war die letzte Röntgenuntersuchung bzw. Computertomografie? (Datum / Körperteil)

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum Unterschrift