

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in meine 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 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 meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns 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 freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarten oder die Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient:

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

geb.

Tel./Mobil

Anschrift

Straße/Hausnr.

Postleitzahl/Ort

E-Mail

Mitglied Zahlungspflichtiger

(bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name

Vorname

geb.

Tel./Mobil

Anschrift

Straße/Hausnr.

Postleitzahl/Ort

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. a) Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> HIV-Infektion | <input type="radio"/> Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Asthma (schwere Atemnot) |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit/Diabetes |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Osteoporose (Knochenschwund) | <input type="radio"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
- nein

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien?

- nein wenn ja, welche? _____

2. Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blutverdünner (Marcumar, Falithrom, Pradaxa o.a.) | <input type="radio"/> Sonstige _____ |
| <input type="radio"/> Osteoporosemedikamente (z.B. Fosamax, Aredia, Actonel) | _____ |
| <input type="radio"/> cortisonhaltige Medikamente | _____ |

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator/Hörgerät oder Sonstiges?

- ja nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

- ja nein ungewiss
- ggf. welche Woche? _____

5. Rauchen Sie?

- ja nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

6. Sonstige Angaben/andere Krankheiten/Aufenthalt im Krankenhaus (ggf. wann):

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

7. Haben Sie einen Röntgenpass/Implantatpass?

- ja nein

8. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert?

- ja nein

9. Ich bin an einer Halitosisberatung (Behandlung von Mundgeruch) interessiert?

- ja nein

Wie/durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

- Suchmaschinen Webseite Empfehlung Werbung Wegweiser

Ist die Webseite der Praxis empfehlenswert?

- ja nein k. A.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

zur Kenntnis genommen/ Unterschrift Zahnarzt