

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:	Vorname:	Geb.:
Versicherte Person: Name:	Vorname:	Geb.:
Straße:	PLZ:	Tel.:
Beruf:	Arbeitgeber:	Mobil:
E-Mail:	Privatversicherung:	Beihilfe/Basistarif?
Krankenkasse:	Zusatzversicherung:	Freiwillig versichert
Hausarzt:	Ort:	Tel.:

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

	ja	nein		ja	nein
1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? Asthma (Atemnot)			5. Neigen Sie zur Ohnmacht?		
Allergische Reaktionen, wie Hautausschlag ?			6. Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?		
Unverträglichkeit von Medikamenten? Antibiotika?			7. Besteht eine Schwangerschaft?		
Blutdruck niedrig? Hoch?			8. Regelmäßige Medikamente? ASS, Marcumar, Plavix?		
Herzinfarkt? Schlaganfall?			9. Raucher? Drogen? Alkoholkonsum?		
Gelbsucht? Lebererkrankung? Hepatitis?			Leiden sie an Zahnfleischbluten?		
Zuckererkrankung? Diabetes?			Wann war letzte Röntgenuntersuchung?		
Rheuma? Lungenerkrankung?			Legen Sie Wert auf eine Behandlung mit örtlicher Betäubung?		
Bluterkrankungen?			Wünschen Sie gezielte Beratung über:		
Blutgerinnungsstörung?			Hypnose Behandlung (Angstfreie Behandlung)?		
Kreislaufkrankung?			Amalgamaustausch / Alternativen?		
Nierenerkrankung?			Zahnersatz?		
Schilddrüsenerkrankung?			Implantate (künstliche Zahnwurzel)?		
Epilepsie?			Prophylaxe?		
Osteoporose?			Beratung für Schwangere?		
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?			Kinderprophylaxe?		
3. Immunschwäche HIV/AIDS?			Ganzheitliche Behandlung?		
4. Herzklappenerkrankung/-ersatz?			Kiefergelenk Behandlung?		

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten - von Anfang an!
Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

Wenn ja, per:

Telefon:

Brief:

E-Mail:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Auf Empfehlung:

Internetsuchmaschine:

.....

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304,615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich. Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig: Wird der Krankenschein oder die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten