

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 krankenversichert/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte 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).

Patient/-in

Herr/Frau/Kind

	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße/Hausnr.	E-Mail	Geburtsort
	Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil

Mitglied/

Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße/Hausnr.	E-Mail	
	Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

Ich bin pflichtversichert	Ich bin privat versichert	Ich habe die Kostenerstattung
Ich bin freiwillig versichert	Ich bin Standardtarif-	nach §13 SGB V gewählt
Ich bin beihilfeberechtigt	Versicherte(r)	Ich bin versichert
Ich bin privat zusatzversichert	Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	Ich bin zuschussberechtigt
		(Sozialamt, Versorgungsamt)

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ja__ nein__ / alle 6 Mon.__ oder 12 Mon.__

Beruf des Mitglieds

	Schüler/Student	Arbeitgeber
Anschrift des Arbeitgebers		

	Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
--	----------------	------------------	---------

Beruf des Patienten

	Schüler/Student	Arbeitgeber
Anschrift des Arbeitgebers		

	Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon
--	----------------	------------------	---------

Für Ihr Krankenblatt erbitten 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!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Asthma			Bluterkrankungen		Schilddrüsenerkrankungen	
Diabetes			Blutgerinnungsstörungen		Nierenfunktionsstörungen	
Rheuma			Krankenhauskeim MRSA		Creutzfeld-Jakob	
Osteoporose			Leberkrankheiten		Tumor/Karzinom/Krebs	
TBC			Hepatitis A/B/C		Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	
HIV-Infektion			Epilepsie			
Ihr Hausarzt:						

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche?
 Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch
 ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche?

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

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
 Unfalldatum
 Art der Verletzung

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

9. 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.

10. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

11. 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 einer 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 Patient/in oder Erziehungsberechtigter