

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben:

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM
STRASSE / HAUSNUMMER	PLZ	WOHNORT
TELEFON PRIVAT	TELEFON GESCHÄFTLICH	E-MAIL-ADRESSE

BERUF

Ich bin selbst versichert | versichert mit Ehepartner Vater Mutter

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM
KRANKENKASSE	ARBEITGEBER	

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Nein Ja, _____

Für Privatversicherte:

Haben Sie bei Ihrer Krankenversicherung den Basistarif gewählt?

Nein Ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Internet Sonstiges

WEITER AUF SEITE 2 >>

BITTE HELFEN SIE UNS

Wir möchten Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. Vielen Dank.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

- Herz oder Kreislauf Nein Ja
- Blut Nein Ja
- Leber Nein Ja
- Nieren Nein Ja
- Schilddrüse Nein Ja
- Magen-Darm-Trakt Nein Ja
- Gelenken (Rheuma) Nein Ja

Haben oder hatten Sie jemals ...

- Hohen Blutdruck Nein Ja
- Zucker (Diabetes) Nein Ja
- Fallsucht (Epilepsie) Nein Ja
- Gelbsucht (Hepatitis) Nein Ja
- Osteoporose Nein Ja
- Grünen Star Nein Ja
- Zahnfleischbluten Nein Ja

Sind Sie schonmal ...

- beim Zahnarzt „umgefallen“ Nein Ja
- Neigen Sie zu Blutungen? Nein Ja
- Sind Sie HIV positiv? Nein Ja

WEITER AUF SEITE 3 >>

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt?

Nein Ja | Wenn ja, wann? _____

Sind Sie zur Zeit schwanger?

Nein Ja | Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja | Wenn ja, wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja | Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Nein Ja

Haben oder hatten Sie jemals Allergien?

Nein Ja | Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Nein Ja | Wenn ja, an welchen? _____

Rauchen Sie?

Nein Ja

WEITER AUF SEITE 4 >>

Wünschen Sie über unser Mundgesundheits-Programm informiert zu werden?

Nein Ja

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Nein Ja

Möchten Sie an unserem Recall-Service teilnehmen?

(Sie werden dann von uns halbjährlich an Ihren Kontrolltermin zur Vorsorge erinnert.)

Nein Ja

HINWEIS

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung: Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

DATUM

UNTERSCHRIFT

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.