

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 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 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 oder Mobil	

**Mitglied/ggf. abweichender
Zahlungspflichtige/-r**
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Anschrift

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

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

Name des Kostenträgers		
------------------------	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| <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 | | |

Beruf des Mitgliedes*

Beruf des Mitgliedes*		Arbeitgeber
-----------------------	--	-------------

Anschrift des Arbeitgebers*

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

Beruf des Patienten

Beruf des Patienten		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!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / 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"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

b) Bestehen Allergien?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?

☐ ja ☐ nein

c) Herzinfarkt

☐ ja ☐ nein

Schlaganfall

☐ ja ☐ nein

Lähmungen

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

d) Blutdruck

☐ niedrig

☐ normal

☐ hoch

Ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?

☐ ja ☐ nein

3. Nehmen Sie Bisphosphonate?

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva?

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein

5. Schnarchen Sie?

☐ ja ☐ nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ ja ☐ nein

☐ ungewiss

Ggf. wievielte Woche

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

☐ ja ☐ nein

Unfalldatum

Art. d. Verletzung

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Schweregrad?

12. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

13. Legen Sie bei Bedarf 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.

14. Haben Sie einen Röntgenpass?

☐ ja ☐ nein

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

15. Haben Sie ein Bonusheft?

☐ ja ☐ nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r