

Patient/in

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Tel. privat	Tel. geschäftlich	E-Mail
Beruf	Name der Versicherung	Hausarzt

- gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt Zusatzversicherung Basistarif
- Schwerbehindertenausweis vorhanden Ja Nein Pflegegrad Ja Nein

Hauptversicherter / gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Tel. privat	Tel. geschäftlich	E-Mail
Beruf	Name der Versicherung	Hausarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel kürzere Wartezeiten, beinhaltet aber auch die Verpflichtung, einen Termin mindestens **24 Stunden** vor der vereinbarten Behandlungszeit abzusagen, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können oder wollen. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht oder nicht rechtzeitig absagen, steht es uns frei, Ihnen das Honorar für die vorgesehene Arbeit oder die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB), sofern kein anderer Patient in dieser Zeit behandelt werden kann.

Gesetzlich krankenversicherte Patienten müssen bei Behandlungen stets Ihre Versichertenkarte / Ihren Krankenschein vorlegen. Erfolgt dies nicht innerhalb des Quartals, in dem die Behandlung erfolgt, werden wir die Kosten hierfür privat in Rechnung stellen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Recall

Möchten Sie von uns zur halbjährlichen **Bonusuntersuchung** bzw. **Professionellen Zahnreinigung** erinnert werden?

- Ja Nein | Wenn ja, bitte per: E-Mail Postkarte

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:

- Asthma (schwere Atemnot) / COPD
- Herzinfarkt Wann?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- Schlaganfall Wann?
- Bluterkrankung Welche?
- Blutgerinnungsstörung
- Erhöhter Blutdruck
- Kreislauferkrankung Welche?
- Diabetes
- Gelenkrheuma
- Nierenerkrankung Welche?
- Lebererkrankung Wann?
- Magen-Darm-Krankheit Welche?
- Schilddrüsenerkrankung Welche?
- Immundefekt Welchen?
- Osteoporose (Knochenbrüchigkeit)
- Epilepsie

Leiden/Litten Sie an:

- Allergischen Reaktionen? Welche?
- Medikamenten-/Spritzenunverträglichkeit? Welche?
- Ohrensausen/Tinnitus
- Hepatitis A B C
- HIV/AIDS
- Tuberkulose

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

- Ja Nein

Nehmen/Nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein Welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar/ASS)?

- Ja Nein Welche?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

- Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja Nein Entbindungstermin:

Rauchen Sie?

- Ja Nein Wieviele Zigaretten am Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Drogen?

- Ja Nein Welche?

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

- Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

- Ja Nein

Schnarchen Sie?

- Ja Nein

Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne?

- Ja Nein

Sonstige Angaben/Wünsche:

Alle Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** sowie den **Bestimmungen des Datenschutzes** und werden daher **streng vertraulich** behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift