

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten.

In unserer Praxis arbeiten mehrere Behandler (Zahnärzte, Prophylaxemitarbeiter). Es kann daher vorkommen, dass Patienten, welche nach Ihnen gekommen sind, vor Ihnen aufgerufen werden.

Wartezeiten versuchen wir möglichst zu verhindern. Wenn dies trotz eines guten Zeitmanagements leider nicht immer gelingt, bitten wir um Ihr Verständnis. Nicht jede Behandlung ist exakt planbar – dringende Schmerz- und Notfälle bedürfen häufig zeitnaher Hilfe.

Falls es doch mal etwas dauert, entschädigt Sie hoffentlich das immer aktuelle TV- und Zeitungsangebot.

Die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine sind Fixtermine. Wir betreiben eine Bestellpraxis und halten uns für Ihre Behandlung exklusiv einen entsprechenden Zeitraum frei. Wird der Termin kurzfristig abgesagt, kann dieser in der Regel nicht neu vergeben werden. Wir bitten Sie deshalb, den vereinbarten Termin unbedingt genau einzuhalten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so müssten wir Ihnen leider die Kosten der ausgefallenen Behandlungszeit in Rechnung stellen.

Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, rechnen Sie bitte mit Wartezeiten.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in legen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor, 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

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Mitglied

Name Vorname

Anschrift

Straße/Hausnummer Geburtsdatum

Postleitzahl/Ort Beruf

Telefon Mobil E-Mail

Tagsüber erreichbar: _____

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung) _____

Bonusheft

Ich bin pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin **nicht** versichert

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin zuschussberechtigt
(Sozial-/Versorgungsamt)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: _____

Internet

Überweisung durch: _____

Zufall

Sonstiges: _____

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!

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> Nehmen/Nahmen Sie
Bisphosphonate | |

Ihr Hausarzt: _____

Name

Anschrift

Telefonnummer

- Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien
 Allergiepass

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|---------------------------------------|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | wann? _____ | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Marcumar | | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | wann? _____ | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe |

Blutdruck

- hoch Medikamente?
 normal wenn ja welche: _____
 niedrig

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft?

- Ja wievielte Woche? _____ Nein Ungewiss

Sonstige Angaben/andere Krankheiten?

Haben Sie ein Bonusheft?

Ja

Nein

Wenn Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung legen, beachten Sie bitte, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

„Der Patient bedarf der Einwilligung des Zahnarztes für die Abtretung der Ansprüche aus einem Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche, die auf die Rückzahlung des eventuell zu viel gezahlten Zahnarzthonorars gerichtet sind. Der Forderungsübergang nach § 67 Versicherungsvertragsgesetz ist ausgeschlossen.“

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.

Datum
Erziehungsberechtigter/in

Unterschrift Patient/in oder