

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig – **d. h. spätestens 24 Stunden vorher** – ab, da wir Ihnen sonst die Kosten für die **ungenutzte Zeit** (Ausfallentgelt gem. §§304, 611, 615 BGB) **in Rechnung stellen** können. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient 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. Im Zuge des 2. Neuordnungsgesetzes (3. Stufe Gesundheitsreform) haben ab dem 01.07.97 alle Krankenkassenmitglieder ein Wahlrecht zwischen Kassenzahnärztlicher Behandlung und Privatbehandlung mit Kostenerstattung.

Wird die Planung lt. Heil- und Kostenplan nicht durchgeführt, können Ihnen die Kosten nach GOZ-Pos. 003 berechnet werden.

Sprechen Sie mit uns – wir beraten Sie ausführlich.

Patient Herr/Frau/Kind	Vorname	Name	Geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	Postleitzahl	Ort	
Telefon	Email-Adresse	Handy	Festnetz/Telefon
Mitglied/ Zahlungspflichtiger	Vorname	Name	Geb.
Anschrift	Straße	Nr.	
	Postleitzahl	Ort	
Name der Krankenkasse			
Beruf des Mitgliedes			
Anschrift des Arbeitgebers	Straße	Ort	Telefon
Haben Sie eine Private Zusatzversicherung?	ja nein	Wenn ja welche:	

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
- b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein
- c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
ggf. welche? _____
- d) Blutdruck niedrig normal hoch
ggf. Werte? _____
- e) Herzinfarkt Herzmuskelentzündung künstliche Herzklappe/Herzklappenfehler
 Angina pectoris Herzrhythmusstörungen
 Schlaganfall Lähmungen Thrombose nein
 ja. wann? _____
- g) Zuckerkrankheit ja nein
- f) Rheuma ja nein
- i) Bluterkrankung ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein z.B. Blutverdünner (Marcumar, ASS100)
 HIV-Infektion ja nein
 Hepatitis A B C ja nein
 TBC (Tuberkulose) ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

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

4. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

6. 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 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

8. Für Frauen: besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
ggf. wievielte Woche? _____

9. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Bekannte / Freunde, Telefonbuch / das Örtliche / gelbe Seiten, durch einen Arzt, Internet...) **Name des Bekannten/Freund:** _____

10. Besteht Interesse einer individuellen Karies-Vorsorge? ja nein wünsche Information

11. Ich möchte in die Erinnerungskartei (Recall) aufgenommen werden ja nein
Wenn ja: _____ per Brief
_____ per SMS : _____ Mobilnummer
_____ per Email: _____ Email Adresse

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

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten