

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 des Patienten	Vorname	geboren
Straße/Hausnr.	E-Mail	Geburtsort
Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
Beruf des Patienten	Telefon beruflich	Arbeitgeber

Mitglied/Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name	Vorname	geboren
Straße/Hausnr.		E-Mail
Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
Beruf des Mitgliedes	Telefon beruflich	Arbeitgeber

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir auf der Rückseite 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 wenden!!!!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?			
a)			
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bluterkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Leberkrankheiten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
TBC	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
HIV-Infektion	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Creutzfeld-Jakob	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ihr Hausarzt:			
Name		Anschrift	
		Telefon	
b) Bestehen Allergien?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergie-Pass?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
c) Herzinfarkt		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Nehmen Sie Marcumar?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Schlaganfall		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Lähmungen		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
d) Blutdruck		<input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch	ggf. Werte
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein ggf. welche			
4. Rauchen Sie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
5. Bestehen Suchtkrankheiten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein ggf. welche?			
6. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ungewiss ggf. wievielte Woche?			
7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Unfalldatum/ Art der Verletzung			
8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten			
<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>			
9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.
10. Haben Sie einen Röntgenpass?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wünschen Sie einen Röntgenpass?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)			
11. Haben Sie im Bonusheft?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: <div style="background-color: #cccccc; width: 400px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme die Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.			
<div style="background-color: #cccccc; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Datum		Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter	