



Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. **Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr berechnen.** 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. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum / Geburtsort _____ Telefon / Mobil _____

Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Ort _____

Mitglieder Zahlungspflichtiger (bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum / Geburtsort _____ Telefon / Mobil _____

Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Ort _____

Kontaktperson (Partner / Betreuer o.ä.)

Name _____ Telefon / Mobil _____

Verhältnis zum Patienten _____

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarifversicherter gemäß § 25 / Abs. 2a SGB V. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> HIV-Infektionen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Stent?

- ja nein

Pflegegrad

- ja. Welcher? _____ nein

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

- nein ja, folgende

2. a) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin / ASS | <input type="checkbox"/> Plavix / Iscover / Clopidogrel | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Marcumar / Phenprocoumon | <input type="checkbox"/> Ticlopidin | |

2. b) Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

- ja, wegen folgender Erkrankung: _____ nein

3. Wie hoch ist Ihr Blutdruck - ggf. Werte?

- niedrig normal hoch Werte: _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel?

- ja, ggf. Medikamentenplan nein

5. Besteht eine Schwangerschaft?

- ja, ggf. welche Woche: _____ ungewiss nein

6. Genuss- und Suchtmittel

- ja, Nikotin. Ggf. wie viele Zigaretten am Tag: _____ nein
 ja, Alkohol ja, Tabletten

7. Weitere Drogen

- ja nein

8. Schnarchen Sie?

- ja nein

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

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten