



Liebe Patientin,
lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in meine 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 meine 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).

01.09-13.V./2.100 Block

Patient/in
Herr/Frau/Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail
------------------	--	--------

Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
--------------------	---------	-------

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

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail
------------------	--	--------

Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
--------------------	---------	-------

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin privat zusatzversichert
- Ich bin privat versichert
- Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
- Ich bin nicht versichert
- Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitgliedes

Schüler/Student	Arbeitgeber
-----------------	-------------

Anschrift des Arbeitgebers

Straße / Hausnr.		Telefon
------------------	--	---------

Postleitzahl / Ort	
--------------------	--

Bitte Rückseite beachten!

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 meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Hausarzt:

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Anschrift	Telefon

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt ja nein

Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Schlaganfall ja nein

Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

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

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum

Art d. Verletzung

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

8. 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 mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam:

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r