

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	Vorname	geb.

Anschrift

Straße / Hausnr.	E-Mail*	Geburtsort*
Postleitzahl / Ort	Telefon oder Mobil	

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name	Vorname	geb.

Anschrift

Straße / Hausnr.	E-Mail*	
Postleitzahl / Ort	Telefon oder Mobil	

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

--	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ich bin pflichtversichert | ☐ Ich bin privat versichert | ☐ Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| ☐ Ich bin freiwillig versichert | ☐ Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin nicht versichert |
| ☐ Ich bin beihilfeberechtigt | ☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | ☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| ☐ Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes*

Arbeitgeber	
☐ Schüler / Student	

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.	Postleitzahl / Ort	Telefon

Beruf des Patienten

Arbeitgeber	
☐ Schüler / Student	

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.	Postleitzahl / Ort	Telefon

* freiwillige Angaben

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

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	☐	☐	Bluterkrankungen	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Nierenfunktionsstörungen	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Krankenhauskeim MRSA	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Leberkrankheiten	☐	☐	Tumor / Karzinom / Krebs	☐	☐
TBC	☐	☐	Hepatitis A / B / C	☐	☐	Nehmen / nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	☐	☐
HIV-Infektion	☐	☐	Epilepsie	☐	☐			

Ihr Hausarzt:

--	--

Name

Anschrift

Telefon

b) Bestehen Allergien?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie einen Allergie-Pass?	☐ ja ☐ nein		

c) Herzinfarkt	☐ ja ☐ nein	
Schlaganfall	☐ ja ☐ nein	
Lähmungen	☐ ja ☐ nein	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, welche?

d) Blutdruck	☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch	Ggf. Werte	
--------------	--	------------	--

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

3. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein 5. Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss Ggf. wievielte Woche

8. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ☐ ja ☐ nein
Unfalldatum
Art. d. Verletzung

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher Schweregrad?

12. Legen Sie bei Bedarf 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.**

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

14. Haben Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

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

--	--

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r