

## 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. 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).

<b>Patient/in</b> Herr/Frau/Kind	Name		Vorname		geb.
	Straße/Hausnr.		E-Mail		Geburtsort.
Anschrift	Postleitzahl/Ort		Telefon		Mobil
	Name		Vorname		geb.
<b>Mitglied/ Zahlungspflichtige/-r</b> <small>(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)</small>	Straße/Hausnr.		E-Mail		
	Postleitzahl/Ort		Telefon		Mobil
Anschrift	Name des Kostenträgers <small>(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)</small>				
	<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt		
	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(-r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert		
	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(-r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)		
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert				
Beruf des Mitglieds	Schüler/Student		Arbeitgeber		
	Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort		Telefon
Anschrift des Arbeitgebers	Postleitzahl/Ort		Arbeitgeber		
	Schüler/Student		Arbeitgeber		
Beruf des Patienten	Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort		Telefon
	Postleitzahl/Ort		Telefon		
Anschrift des Arbeitgebers	Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort		Telefon
	Postleitzahl/Ort		Telefon		

**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!**

**1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- |                                    |   |                             |   |  |   |
|------------------------------------|---|-----------------------------|---|--|---|
| <b>a)</b> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bluterkrankungen            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tumor/Karzinom/Krebs                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Krankenhauskeim MRSA        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leberkrankheiten            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |   |
| TBC                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |   |
| HIV-Infektion                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |   |

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon

- b)** Bestehen Allergien?  ja  nein wenn ja, welche?
- Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein

- c)** Herzinfarkt
- 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 der 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
- Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

- 10.** Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein
- Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?  ja  nein

**Wie/durch wen wurden Sie auf unsere 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.**

Datum	Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r