

Sie sind bei uns

Willkommen !

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können:

Sagen Sie uns etwas über sich – über Ihre Gesundheit und über Ihre Wünsche an uns.

Patient

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Telefon

E-Mail oder FAX

Name Ihrer Krankenkasse

Hauptversicherter (bei Familienversicherung)

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Telefon

Arbeitgeber / Telefon dienstlich

- ☐ Pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung
- ☐ Freiwillig versichert in der gesetzlich. Krankenversicherung
- ☐ Private Zusatzversicherung
- ☐ Privatpatient
- ☐ Privatpatient mit Standardtarifversicherung §25Abs.2aSGB
- ☐ Zuschussberechtigt(Sozialamt/Versorgungsamt)

Für gesetzlich krankenversicherte

Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, muß die private Rechnungslegung erfolgen.

Sehr geehrter Patient, bitte bedenken Sie:

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, daß wir uns alle intensiv um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Das bedeutet aber auch, daß Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, 24h vorher absagen müssen, da Ihnen sonst vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB). Bitte melden Sie sich möglichst auch für eine Schmerzbehandlung telefonisch in der Praxis an, Sie erhalten dann einen „Nottermin“ (mit Wartezeit), den wir so gut wie möglich in den Sprechstundenablauf integrieren.

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

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?
 - a) Asthma (schwere Atemnot) ☐ ja ☐ nein
 - b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten
welche? ☐ ja ☐ nein
 - c) Unverträglichk. v. Medikamenten ☐ ja ☐ nein
welche?
 - d) Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch
 - e) ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Lähmungen
ggf. wann?..... ☐ nein
 - f) ☐ Hepatitis ☐ HIV-Infektion/ AIDS
ggf. wann? ☐ nein
 - g) Leberkrankheiten ☐ ja ☐ nein
 - h) Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein
 - i) Rheuma ☐ ja ☐ nein
 - j) Bluterkrankungen,
Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? ☐ ja ☐ nein
3. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung ?
(Zahnröntgenaufnahme).....
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? ☐ ja ☐ nein
ggf. welche?
5. Besteht eine Schwangerschaft ? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiß
ggf. wievielte Woche?
6. Sonstige Angaben/andere Krankheiten
.....
7. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ? ☐ ja ☐ nein
8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher
Betäubung ? ☐ ja ☐ nein
9. Bemerken Sie häufiger Kopfschmerzen /
Kieferverspannungen ? ☐ ja ☐ nein
10. Interessiert Sie ein umfangreiches, für Sie
individuell erarbeitetes, Vorsorgeprogramm mit
regelmäßigen Terminen ? ☐ ja ☐ nein
11. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne
zufrieden ? ☐ ja ☐ nein
12. Hätten Sie gern eine hellere Zahnfarbe? ☐ ja ☐ nein
13. Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis
aufmerksam?.....

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

Datum, Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten