

**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

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

## 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. Bemerkten Sie häufiger Kopfschmerzen / Kieferspannungen ?  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.

## Hauptversicherter

(bei Familienversicherung)

Name

Vorname

geb.

Anschrift

Telefon

Arbeitgeber / Telefon dienstlich

## Für gesetzlich krankenversicherte

### Patienten wichtig:

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

Datum, Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten