Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. **Dafür bitten wir um Ihr Verständnis**. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Patient

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Straße	PLZ, Ort	
Telefonnummer (privat)	Telefonnummer (tagsüber/Handy):	
E-Mail	Handynummer darf für Terminerinnerungen genutzt werden ☐ Ja ☐ Nein	
Krankenkasse/Versicherung	Beruf	

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Beihilfe

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch (wenn Sie z.B. über Ihre Eltern oder Ehepartner versichert sind oder Betreuer/in), bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich folgende Angaben **vollständig** auszufüllen: **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck ☐ Herzklappenerkrankung/-defekt

☐ Herzbeschwerden (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher), wenn ja, welche? _____

☐ HIV, Hepatitis, Tuberkulose (Tbc), andere ansteckende Krankheiten, wenn ja, welche? _____

☐ Corona

☐ Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen, wenn ja, welche? _____

☐ Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, wenn ja, welche? _____

☐ Asthma ☐ Lungenerkrankung ☐ COPD

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Rheuma ☐ Osteoporose ☐ MS

☐ Ohnmacht- oder Krampfanfälle, Epilepsie, Schlaganfall

☐ Diabetes (Zuckerkrankheit) => ☐ wenn ja, HbA1c-Wert: _____

☐ Gelbsucht, Hepatitis, Leberkrankheiten, Nierenerkrankung ☐ Dialyse

☐ Magen-oder Darmerkrankungen, wenn ja, welche? _____

☐ Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Psychose, Burnout). Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dafür?

_____

☐ Leiden oder litten Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs, Gutartig, Bösartig), wenn ja, wann? _____

☐ Sonstige Krankheiten, wenn ja welche? _____

2. Allgemeine Angaben:

☐ Drogenkonsum Wenn ja, welche ? _____

☐ Alkoholgenuss Wenn ja: ☐ selten, ☐ oft, ☐ regelmäßig

☐ Raucher Wenn ja: ☐ 1-10, ☐ mehr als 10 Zigaretten pro Tag

3. Röntgen: Existieren Aufnahmen von Ihrem Kopfbereich, welche, wann und wer hat sie gemacht?

_____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

_____

_____

5. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Ja, Monat: _____ ☐ Nein ☐ Ungewiss

6. ☐ Angstpatient

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Empfehlung ☐ Telefonbuch ☐ Anzeigen ☐ Praxisschild/-lamellen ☐ Internet ☐ sonstiges:_____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

☐ Hypnose ☐ Ernährungsberatung ☐ Füllungsaustausch

☐ Implantate ☐ Zahn-/Gesichtsästhetik/Falten

☐ Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung ☐ Bleaching

Die Erhaltung Ihres Gebisses bzw. Ihrer konservierenden/prothetischen Versorgung kann nur mit Hilfe Ihrer Mitarbeit sowie regelmäßiger zahnmedizinischer Kontrollen gewährleistet werden. Wünschen Sie daher widerruflich die Aufnahme in den für Sie kostenfreien Erinnerungsdienst (sog. Recall) der Praxis? Dieser erfolgt per Telefon, Postkarte oder Email.

☐ Ja ☐ Nein

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen (derzeit 90,- € pro Stunde), es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass sie die obigen Informationen gelesen und verstanden haben. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

..... , den ..... Unterschrift: .....

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln wir bei Bedarf Daten an einen Dritten (unsere externe Unabhängige Expertin für zahnärztliche, zahntechnische Verwaltung und Leistungsabrechnung).
Der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten willige ich zu und entbinde Herrn Zahnarzt Berdi insoweit von seiner Schweigepflicht. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" (DSGVO) sind in der Praxis einsehbar.

..... , den ..... Unterschrift: .....