



HERZLICH WILLKOMMEN

in unserer praxis

PATIENT

Name

Vorname

Straße

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

VERSICHERTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Handy

Krankenkasse

Private Versicherung

Hausarzt

Anschrift/Telefon des Hausarztes (falls parat)

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein
Falls ja, wünschen Sie im Rahmen der Kostenerstattung
als Privatpatient behandelt zu werden? ja nein

Sind Sie im Basistarif versichert? ja nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein

Sind Sie für zahnärztliche Leistungen Zusatzversichert? ja nein

Beruf

Arbeitgeber/Tel.

Streng vertrauliche Angaben:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

Bitte wenden



Sind Sie Transplantationspatient bzw. auf der Warteliste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Kreislauferkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen eine oder mehrere Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HbA1c Wert?	<input type="text"/>	
Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich auf HIV (AIDS) testen lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie infiziert, wenn ja, seit wann?	<input type="text"/>	
Sind Sie abhängig (Drogen oder Medikamente)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Von welchen?	<input type="text"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl/Tag:	<input type="text"/>	
Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von den Zähnen gemacht?	<input type="text"/>	
Bestehen Beschwerden bei den Kiefergelenken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an anderen, nicht aufgeführten Erkrankungen?	<input type="text"/>	
Wenn ja, an welchen?	<input type="text"/>	

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Monat?	<input type="text"/>	
Verhüten Sie mit der Pille? (bezüglich Thrombosegefahr)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden



Wünschen Sie von uns über neue innovative zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn die Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden? Möchten Sie unsere Neuigkeiten (Newsletter) per E-Mail erhalten?

ja, meine E-Mail-Adresse:

nein

Um unsere Patientenkommunikation zu verbessern, freuen wir uns, wenn Sie uns mitteilen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Überwiesen von

Über das Internet (Link/Anzeige/Suchmaschine?)

Empfohlen von

Sonstiges

Durch eine Anzeige in der Zeitung (welche?)

VORBEHANDLER

Name

Telefon

Straße

Ort

Dürfen wir die aktuellen Röntgenbilder anfordern?

ja

nein

Der Unterzeichner verpflichtet sich, Termine **mindesten 24 Stunden** vorher abzusagen. Sollte dies nicht erfolgen, so ist die Praxis – wenn kein Patient die Lücke füllen kann – berechtigt, die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen. Davon nimmt der Unterzeichner Kenntnis und erklärt sich damit ausdrücklich einverstanden.

Alle Rechnungen werden – wenn keine Bargeldzahlung erfolgt – von der ABZR-Verrechnungsstelle vorgenommen (siehe Beiblatt).

Datum

Unterschrift



RECALL

Wer möchte nicht seine Zähne und sein Zahnfleisch in einem gesunden Zustand erhalten? Auf die Dauer werden Sie dies aber kaum ohne tägliche Zahnpflege und regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch Ihren Zahnarzt erreichen.

Damit Sie nicht immer selbst an Ihren nächsten Vorsorgetermin denken müssen, haben wir zu Ihrer Entlastung einen Erinnerungsdienst (**Recall**) eingerichtet.

In regelmäßigen Abständen (meist viertel- oder halbjährig) benachrichtigen wir Sie, daß eine neue Untersuchung oder Kontrolle fällig ist. Als Kassenpatient behalten Sie so auch den sog. Bonus, d.h. die KK bezahlt einen höheren Zuschuss bei notwendigem Zahnersatz bzw dessen Reparaturen.“

Wenn Sie an unserem **Recall-System** teilnehmen wollen, so unterzeichnen Sie bitte und erklären damit Ihr Einverständnis, angerufen oder angeschrieben zu werden. Es ist kostenlos und unverbindlich.

Ja, ich möchte den Recall Erinnerungsdienst in Anspruch nehmen nein

Bitte erklären Sie sich einverstanden, im Falle einer Vertretung, Übergabe oder eines Verkaufs der Praxis Ihre Patientendaten in den Besitz des Praxisnachfolgers übergehen, um eine weitere reibungslose Behandlung zu ermöglichen.

Ja nein

Der Patient erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, daß nach **wiederholtem Male** nicht abgesagte bzw. nicht eingehaltene Termine nach der GOÄ als Verweilgebühr privat in Rechnung gestellt werden, d.h. sagen Sie bitte in **JEDEM** Falle mindestens 24 Stunden vorher ab (das gilt natürlich nicht bei akuten Erkrankungen und ähnlichen Fällen)!

Ich bin bereit, den Gesamtbetrag nach Erteilung der Rechnung zu bezahlen, unabhängig von Erstattungskürzungen oder sonstigen Einwänden meiner Versicherung

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und mir jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von mir an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.