



Patient	..... Vorname	..... Nachname	..... Geburtsdatum
Mitglied	..... Vorname	..... Nachname	..... Geburtsdatum
Anschrift	..... Straße		..... Telefon privat
	..... Postleitzahl	..... Ort	
Email	.....		
Krankenkasse	.....		
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
Arbeitgeber	.....		..... Telefon

Wünschen Sie folgende Beratung über:

Pat.-Nr.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Paradontitisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen   |
| <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikfüllungen        | <input type="checkbox"/> Paradontitisbehandlung  |
| <input type="checkbox"/> Implantate                         | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Schienentherapie                   | <input type="checkbox"/> Zahnersatz              |

Sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeiten. Ferner bedeutet es aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 4 Stunden vorher absagen müssen. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen in Rechnung gestellt werden. (§§ 304, 615 BGB)

Beim unentschuldigten Ausbleiben zum Termin erlauben wir uns ein Ausfallhonorar von 70€ zu berechnen.

Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

**Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:**

Sollten Sie ihre Krankenversichertenkarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nach. Ansonsten müssen wir Ihnen die Kosten der Behandlung privat in Rechnung stellen.

Für das Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

**Für Kassenpatienten:**

Sofern ich innerhalb von 10 Tagen die Versichertenkarte nicht vorlege, wünsche ich Rechnungsstellung wie Privatpatienten (s. u.)



Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Lungenerkrankung / Asthma.....  ja  nein  
Allergische Reaktionen.....  ja  nein  
Infektionskrankheiten (Hep A, B, C, HIV).....  ja  nein  
Blutdruck.....  ja  nein  
Erkrankung des Herzens.....  ja  nein  
Zuckerkrankheit.....  ja  nein  
Rheuma.....  ja  nein  
Bluterkrankung.....  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen.....  ja  nein

Sonstige Angaben / andere Krankheiten.....

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?.....  ja  nein  
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?.....  ja  nein  
Leiden Sie unter der Kreuzfeld-Jakob-Krankheit?.....  ja  nein  
Haben Sie MRSA?.....  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?.....  ja  nein  
ggf. Welche?.....

Unverträglichkeit von Medikamenten.....  ja  nein  
Welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner? (Markumar, Ass, Plawix, Eliquis, etc.)

Nehmen Sie Medikamente für  Osteoporose  Tuberkolose  keine

Rauchen Sie?.....  ja  nein

Wer ist Ihr Hausarzt?.....

Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?.....

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?.....  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?.....  ja  nein

ggf. wievielte Woche?.....

Haben Sie eine Zusatzversicherung?.....  ja  nein

ggf. Welche?.....

Wurde bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?.....  ja  nein

Welche Zahnbürste verwenden Sie? .....

Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürstchen? .....  ja  nein

Verwenden Sie eine Munddusche? .....  ja  nein

Ich wünsche an die vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchung (Bonusheft) erinnert zu werden

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

Datum

Unterschrift