



## Patient/in

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnr		
PLZ, Ort	E-Mail	
Tel. privat	Tel. mobil	Name der Versicherung
Beruf	Hausarzt	

gesetzlich versichert    privat versichert    beihilfeberechtigt    Zusatzversicherung    Basistarif

## Hauptversicherer / gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnr		
PLZ, Ort	E-Mail	
Tel. privat	Tel. mobil	Name der Versicherung
Beruf	Hausarzt	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel kürzere Wartezeiten, beinhaltet aber auch die Verpflichtung, einen Termin mindestens **24 Stunden** vor der vereinbarten Behandlungszeit abzusagen, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können oder wollen. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht oder nicht rechtzeitig absagen, steht es uns frei, Ihnen das Honorar für die vorgesehene Arbeit oder die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB), sofern kein anderer Patient in dieser Zeit behandelt werden kann.

Gesetzlich krankenversicherte Patienten müssen bei Behandlungen stets Ihre Versichertenkarte / Ihren Krankenschein vorlegen. Erfolgt dies nicht innerhalb des Quartals, in dem die Behandlung erfolgt, werden wir die Kosten hierfür privat in Rechnung stellen.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

### Recall

Möchten Sie von uns zur halbjährlichen **Bonusuntersuchung** bzw. **Professionellen Zahnreinigung** per Postkarte erinnert werden?

ja    nein

bitte wenden ►►



**Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten:**

- Asthma (schwere Atemnot)/ COPD
- Herzinfarkt
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- Schlaganfall
- Bluterkrankung (besonders Blutgerinnungsstörungen)
- erhöhter Blutdruck
- Kreislauferkrankung
- Diabetes
- Gelenkrheuma
- Nierenerkrankung
- Lebererkrankung
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- Schilddrüsenerkrankung
- Immundefekt
- Osteoporose (Knochenbrüchigkeit)
- Epilepsie

**Leiden oder litten Sie an:**

- Allergischen Reaktionen?  
.....
- Unverträglichkeit von Medikamenten/Spritzen?  
.....
- Ohrensausen/Tinnitus  
.....

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

- ja  nein

**Leiden Sie an:**

- Hepatitis?  A  B  C
- HIV/AIDS
- Tuberkulose

**Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?** .....

- ja  nein

**Besitzen Sie einen Herzpass?**

- ja  nein

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, wie z.B. Marcumar, ASS?**

- ja  nein

**Nehmen Sie Bisphosphonate ein?**

- ja  nein

**Rauchen Sie?**  ja  nein

**Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?** .....

**Nehmen Sie regelmäßig Drogen?**  ja  nein

**Wenn ja, welche?** .....

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

**Entbindungstermin:** .....

**Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?**  ja  nein

**Gefällt Ihnen die Farbe ihrer Zähne?**  ja  nein

**Knirschen Sie mit den Zähnen?**  ja  nein

**Schnarchen Sie?**  ja  nein

**Sonstige Angaben/ Wünsche:** .....

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum, Unterschrift .....

Datum, Unterschrift .....

Datum, Unterschrift .....

Datum, Unterschrift .....