

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname _____ geb. _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Tel: _____ Mobil: _____ Email: _____

Versicherung:

Gesetzlich Freiwillig Privat PKV-Basistarif Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung:

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Tel.): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankungen/-ersatz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) / niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zu blauen Flecken |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV/Aids) | <input type="checkbox"/> Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom-grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (ja / vielleicht) |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: ...) | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen / Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> Depressionen |

Welche _____

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Xarelto, Clopidogrel / Plavix, ASS) ein?

Welche _____

- Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus?

Bitte wenden!

Letzte Aktualisierung 14.11.2024

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne gesund zu halten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ja

Nein

Wenn ja, per: Telefon: _____ E-Mail: _____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeitiger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Zahnersatz | <input type="radio"/> Kinderprophylaxe |
| <input type="radio"/> Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="radio"/> Bleaching (Zahnaufhellung) |
| <input type="radio"/> Schönes Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> Angstfreie Behandlung |
| <input type="radio"/> Kiefergelenkbehandlung (CMD) | <input type="radio"/> Beratung für Schwangere |
| <input type="radio"/> Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="radio"/> Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung | |
| <input type="radio"/> Sonstiges _____ | |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Telefonbuch | <input type="radio"/> Gelbe Seiten | <input type="radio"/> Internetpräsenz | <input type="radio"/> Internetsuchmaschine |
| <input type="radio"/> Lage der Praxis | <input type="radio"/> Auf Empfehlung von: _____ | | |

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Die Zeit für Ihre Behandlung ist nur für Sie reserviert. Wir bitten daher Termine rechtzeitig, mindestens 24h vorher, abzusagen, da ansonsten für das nicht genutzte Zeitintervall eine entsprechende Ausfallgebühr in Rechnung gestellt wird.

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft im Rahmen der DSGVO 2018 mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Ich stimme zu, dass nach erfolgter Anforderung durch einen von mir ausgewählten Arzt meine Röntgenunterlagen per Email verschickt werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten