

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bevor wir uns in Ruhe über ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.  
Diese Informationen sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Patient :

---

<i>Name</i>	<i>Vorname</i>	<i>geb.</i>
-------------	----------------	-------------

Anschrift:

---

<i>Straße / Hausnummer</i>	<i>Tel.</i>
----------------------------	-------------

---

<i>Postleitzahl / Ort</i>	<i>mobil</i>
---------------------------	--------------

Mitglied/Zahlungspflichtiger:

---

<i>Name</i>	<i>Vorname</i>	<i>geb.</i>
-------------	----------------	-------------

Anschrift:

---

<i>Straße / Hausnummer</i>	<i>Tel.</i>
----------------------------	-------------

---

<i>Postleitzahl / Ort</i>	<i>mobil</i>
---------------------------	--------------

Name des Kostenträgers:

- 
- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| - Ich bin <b>pflicht</b> versichert    | - Ich bin privat <b>voll</b> versichert | - Ich bin <u>nicht</u> versichert |
| - Ich bin <b>freiwillig</b> versichert | - Ich bin Standardtarif-versichert      | - Ich bin zuschuss-berechtigt     |
| - Ich bin <b>zusatz</b> -versichert    | - Ich bin <b>beihilfe</b> -berechtigt   | (Sozialamt, Versorgungsamt)       |
|  | - Ich habe <b>Beihilfe-Zusatztarif</b>  |                                   |

Beruf des Mitgliedes:

Arbeitgeber:

Anschrift Arbeitgeber:

---

<i>Straße / Hausnummer</i>	<i>Telefon am Arbeitsplatz</i>
----------------------------	--------------------------------

---

<i>Postleitzahl / Ort</i>
---------------------------

- Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nahezu keine Wartezeiten entstehen und wir in der für Sie reservierten Zeit zu Ihrer Verfügung stehen. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen Ausfallzeiten durch nicht eingehaltene Termine, welche nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, in Rechnung stellen müssen.

- Bei Pflichtversicherten kann mit der Behandlung erst begonnen werden, wenn der für das jeweilige Quartal gültige Behandlungsausweis abgegeben wurde. In Ausnahmefällen kann der Ausweis innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden, da Ihnen andernfalls die erbrachte Leistung privat (Amtl. Gebührenordnung GOÄ/GOZ) in Rechnung gestellt wird.

- Beihilfeberechtigte, Privat- und Zusatzversicherte wollen bitte beachten, dass aufgrund sich ständig ändernder Erstattungsrichtlinien und einer seit über 20 Jahren nicht an die allgemeine Kostenentwicklung angepassten Gebührenordnung inzwischen der mittlere Steigerungssatz (für normale Behandlung) deutlich oberhalb des 2,3-fachen Satzes liegt und je nach Versicherung mit einem Eigenanteil zu rechnen ist, obwohl die Versicherungstarife scheinbar 100% der Kosten abdecken.

- Auf Wunsch erhalten Sie einen Röntgenpass.

- Wichtig für Kassenpatienten: Ich bin mir bewusst, dass alle **außervertraglichen Leistungen**

(nicht im Kassenkatalog enthalten) wie z.B. Amalgam- Alternativen, Vollkeramikronen, Funktionsanalyse, Funktionstherapie, Inlayarbeiten, Material-Austestung, Re-Implantation, Implantate zuzügl. aller begleitenden Leistungen (wie Planung, Planungsmodelle, Besprechung, Heil- und Kostenplan) **selbst zu bezahlen** sind und von Zusatzversicherungen in der Regel nicht übernommen werden. Der Zahlungspflichtige bestätigt die Übernahme der Kosten für Familienmitglieder mit Unterschrift.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle obigen Angaben mit Sorgfalt ausgefüllt, gelesen, verstanden und akzeptiert worden sind.

---

Ort / Datum

Unterschrift

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

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma (schwere Atemnot )  
Zuckerkrankheit  
Rheuma  
Bluterkrankung  
Blutgerinnungsstörung  
HIV- Infektion  
TBC  
Leberkrankheiten  
Hepatitis A/B/C ( Gelbsucht )  
Anfallsleiden ( Epilepsie )  
Schilddrüsenerkrankung  
Alkoholproblem

---

Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien nein

Wenn ja, welche:

---

Herzinfarkt  
Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Schlaganfall?

Blutdruck niedrig  
normal  
hoch

---

Tragen sie einen Herzschrittmacher ja nein

---

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? ja nein

---

Besteht eine Schwangerschaft ja nein

ggf. wievielte Woche

---

Sonstige Angaben/andere Krankheiten :  
( ggf. dem Zahnarzt persönlich mitteilen )

---

Bitte beachten sie , dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann

**Wann und wo** war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

---

Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert ja nein

Wie/ durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam:

---

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben!**

---

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten