

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Schön, dass Sie bei uns sind.

Für eine bestmögliche und sichere Behandlung benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte informieren Sie uns, wenn sich künftig Änderungen ergeben. Dies ist wichtig, um Ihre Behandlung sicher und optimal durchführen zu können. Bei Fragen unterstützen wir Sie selbstverständlich gerne. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum und Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ und Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Beruf	Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, PLZ und Ort

Für gesetzlich Versicherte

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Unser Ziel ist eine optimale und individuell abgestimmte Behandlung.

Bitte beachten Sie, dass bestimmte Leistungen oder Materialien von den gesetzlichen Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden. Über Leistungen und Kosten, die nicht von der Versicherung übernommen werden, klären wir Sie rechtzeitig und umfassend auf.

Für privat Versicherte

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Sind aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne vorhanden?

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat?

Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit Bisphosphonate oder ähnliche Medikamente zur Behandlung von Osteoporose oder Krebserkrankungen eingenommen (z.B. Zometa, Fosamax, etc)? Ja Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufkrankungen

Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige	<input type="text"/>				

Infektionskrankheiten

HIV, AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
			Sonstige	<input type="text"/>	

Weitere Erkrankungen

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tumor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grüner Star	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Allergie? Wenn ja, welche? (z.B. Antibiotika, Metall, Anästhetika, etc)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, seit wann? Wie viel?

Bitte beachten Sie, dass eine örtliche **Betäubung** (Injektion zur Schmerzausschaltung) vorübergehend Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann. In sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen sowie anhaltende Taubheitsgefühle oder Geschmacksirritationen auftreten. Die Abtretung von Forderungen an Dritte (z. B. Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit unserer Praxis resultieren, ist ausgeschlossen. Bitte bringen Sie zu jedem Besuch Ihre Krankenversichertenkarte mit. Liegt uns diese nicht spätestens 14 Tage nach der Behandlung vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und stellen die erbrachten Leistungen privat in Rechnung. Unsere Praxis arbeitet nach dem **Bestellsystem**. Dadurch vermeiden wir lange Wartezeiten und können uns zum vereinbarten Termin ausreichend Zeit für Sie nehmen. Wir bitten um Verständnis, dass nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, privat in Rechnung gestellt werden können (gemäß § 615 BGB; Amtsgericht Fulda, Urteil vom 16.05.2002, Az. 34 C 120/02/D).

Gerne erinnern wir Sie auf Wunsch rechtzeitig an Ihre regelmäßigen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen. Dieser Service ist für Sie selbstverständlich kostenlos und unverbindlich.

Wünschen Sie diese Erinnerung? Ja Nein Sie können dies jederzeit widerrufen.

Dürfen wir Ihre elektronische Patientenakte (ePA) der Krankenkassen benutzen? Ja Nein

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung in der Zahnarztpraxis verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, BDSG). Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, Labore, Abrechnungsstellen oder Krankenkassen übermittelt werden dürfen, soweit dies für meine Behandlung oder Abrechnung notwendig ist.

Ort

Datum

Unterschrift (Patient)