

Praxisstempel

Patienten-Nr.

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus oder korrigieren Sie die Angaben:

Hauptversicherter (falls Versicherung über Eltern oder Ehegatten/in besteht):

Name Vorname Geb.-Datum

Patient:

Name Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe):

Beruf: Diensttelefon:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

(bei privaten Krankenkassen bitte auch den Namen der Gesellschaft angeben)

Zusatzversichert bei:

Rechnungsempfänger (falls Rechnungsempfänger abweichend vom Patienten ist):

Name Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

Informationen zum Datenschutz:

Ich befinde mich in Behandlung bei oben angeführtem Zahnarzt/Arzt. Mein Zahnarzt/Arzt ist einer Praxisgemeinschaft angeschlossen.

Mir ist bekannt, dass die Zahnärzte/Ärzte der Praxisgemeinschaft voneinander unabhängig arbeiten und auch unabhängig voneinander abrechnen. Mein Zahnarzt/Arzt und die anderen Zahnärzte/Ärzte der Praxisgemeinschaft stehen sich jedoch im Bedarfsfall jederzeit gegenseitig mit fachlichem Rat zur Seite.

Zur Gewährung einer fachlich und wirtschaftlich optimalen Behandlung in der Praxisgemeinschaft ist es sinnvoll, dass der Mit-, Weiter- oder Nachbehandelnde Zahnarzt/Arzt über Umfang und Ergebnis der bisher durchgeführten Behandlung in Kenntnis gesetzt werden kann.

Ich entbinde meinen Zahnarzt/Arzt zu den oben bezeichneten Zwecken von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme über meine E-Mail-Adresse einverstanden: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen:

Haben Sie Allergien?

- Mir sind keine Allergien bekannt.
 Ich bin allergisch gegen

Haben Sie eine Herz-Kreislaufferkrankung?
(Herz, Blutdruck)

- Ich habe keine Herz-Kreislaufferkrankung.
 Ich habe folgende Herz-Kreislaufferkrankung/en:

Haben Sie eine Infektionskrankheit?
(Hepatitis, Tbc, HIV/Aids, etc.)

- Ich habe keine Infektionskrankheit.
 Ich habe folgende Infektionskrankheit/en:

Haben Sie eine Innere Erkrankung?
(Diabetes, Glaukom, etc.)

- Ich habe keine Innere Erkrankung.
 Ich habe folgende Innere Erkrankung/en:

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ich bin nicht schwanger.
 Ich bin schwanger – im ten Monat.
 Es besteht die Möglichkeit, dass ich schwanger bin.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

- Ich nehme zur Zeit keine Medikamente ein.
 Ich nehme **vorübergehend** folgende Medikamente ein:
.....
 Ich nehme **regelmäßig** folgende Medikamente ein:

Sind Sie Raucher?

- Ich bin kein Raucher.
 Ich rauche weniger als 10 Zigaretten am Tag.
 Ich rauche mehr als 10 Zigaretten am Tag.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?

- Empfehlung eines Bekannten
- Empfehlung meines Zahnarztes/Hausarztes
- in der Zeitung gelesen
- aus dem Telefonbuch
- aus dem Internet
- Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Terminvergabe

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem und bitten Sie daher, mit Ihnen vereinbarten Termine, falls erforderlich, bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden von uns mit EUR 150,- pro reservierter Behandlungsstunde in Rechnung gestellt, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter