

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Um Sie angemessen und sicher behandeln zu können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten.

Sollte sich im Laufe der Zeit etwas an Ihren Angaben ändern, bitten wir Sie, uns schnell darüber zu informieren.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geb.-dat./Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfeberechtigt? ☐

Private Zusatzversicherung? _____

Bitte bei Kindern die versicherte Person angeben:

Versicherter: _____ geb.: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

☐ Empfehlung von Frau/Herrn: _____

☐ Website/ Internet ☐ Sontiges

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welcher Pflegegrad: _____

Erhalten Sie Eingliederungshilfe: _____

Bitte kreuzen Sie an, falls folgende Erkrankungen oder Umstände bei Ihnen vorliegen:

☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis)

☐ Anfallserkrankungen ☐ Herzerkrankung ☐ Kreislauferkrankungen

☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Rheuma ☐ Allergien, welche: _____

☐ sonstige Erkrankungen: _____

Brauchen Sie eine Endokarditisprophylaxe? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie jemals Bisphosphonate (Krebstherapie, Osteoporose?) genommen? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Wurden von Ihnen in den letzten 3 Jahren beim Zahnarzt/KFO/Kieferchirurg Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja ☐ Nein ☐

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? Ja ☐ Nein ☐

Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne (zB. Zahnfarbe oder Zahnstellung)? Ja ☐ Nein ☐

Welche Hilfsmittel nutzen Sie in der häuslichen Zahnpflege?

☐ Handzahnbürste ☐ weich ☐ mittel ☐ hart ☐ Mundspüllösungen ☐ Zahnseide

☐ Elektrische Zahnbürste ☐ Interdentalbürsten ☐ Zahnhölzer

Haben Sie spezielle Fragen oder Anliegen? _____

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 100 € pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit meiner Unterschrift kläre ich mich mit dieser Vorgehensweise einverstanden und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Information unterliegend er ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb.) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum: _____ Unterschrift: _____