

Herzlich Willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau

 Name, Vorname

 Geburtsdatum/ Geburtsort

Versichert über

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

Anschrift

 Straße, Nr.

 Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

 Privat

 Handy

Beruf

angestellt

 Arbeitgeber

 Telefon dienstlich

selbstständig

 als

Rentner/in

Versicherung

gesetzlich

 Krankenkasse

Zusatzversicherung

ja nein

privat

 Beihilfe

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Durch Empfehlung
- Internet
- Zeitungsannonce
- Sonstiges

Gesundheitscheck

		o ja	o nein
Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, weshalb?	_____		
Hausarzt/Facharzt:	_____		
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	_____		

Allergien:	Besteht bei Ihnen der Verdacht oder eine nachgewiesene Allergie gegen bestimmte Substanzen? Wenn ja, gegen was? _____		
Allergiepass:	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz- Erkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges? _____		
Kreislauf- Erkrankungen	Zu hoher Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges? _____		
Stoffwechsel- Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges? _____		
Erkrankungen des Nervensystems:	Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blut- Erkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut? (Anämie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Neigen Sie schnell zu blauen Flecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges? _____		
Infektions- Krankheiten:	Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
	Sonstiges? _____		
Weitere Angaben:	Trinken Sie <u>oft</u> Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nehmen Sie andere Rauschmittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstiges? _____		

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Wenn ja, wo? _____

Möchten Sie, dass bei Ihnen vor Behandlungsbeginn ein Allergietest auf zahnärztliche Materialien durchgeführt wird?

Für unsere weiblichen Patienten

Schwangerschaft: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Versicherung nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert zu werden?
Falls ja, dann auf welchem Weg?

- Telefonisch
- Per Brief
- Per SMS
- Per email: _____

Ich bin bereit, am Recall Service (gilt für E-Mail und SMS) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie! Betäubungsmittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Falls Sie verhindert sind und Ihre Termine bei uns nicht einhalten können, bitten wir Sie uns 24 Stunden vor Ihrem vereinbarten Termin abzusagen.

So können wir noch rechtzeitig Patienten von unserer Warteliste in unser Bestellsystem aufnehmen.

Anderenfalls sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine Mitgliedern der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung lt. BGB §615 in Rechnung zu stellen.

Wir danken für Ihre Unterstützung und Verständnis.

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Terminabstimmung, Versenden von Röntgenbildern für ärztlichen Konsil und evtl. Rückfragen durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum _____ Unterschrift _____

Die Notwendigkeit der Behandlung ergibt sich aufgrund der erhobenen Diagnose. Die Behandlung erfolgt durch Frau Dr. med. dent. Z. Sadjadi unter Aufrechterhaltung des Liquidationsrechts des Arztes.

Für unsere gesetzlich versicherten Patienten

Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte beim Besuch in der Praxis. Liegt Sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Für unsere privat versicherten Patienten und gesetzlich versicherten Patienten mit Zusatzversicherung

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ 2012) in jeweils gültiger Fassung abgerechnet. Dem Patient ist bekannt, dass er ungeachtet der Erstattungssummen eines privaten Krankenversicherers oder einer Beihilfestelle den Rechnungsbetrag bei Fälligkeit der ärztlichen Honorarabrechnung an den Rechnungssteller zu zahlen hat.

Welche Gebührenpositionen bei dem vorliegenden Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert. Hierfür verwenden wir unter Umständen in der Liquidation sogenannte Analoge Bewertungen nach §6 GOZ. Wir halten uns hierbei an die Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer (BZK), soweit vorhanden.

Für den behandelnden Zahnarzt ist insbesondere wegen der Vielfalt der Versicherungstarife der einzelnen Privaten Versicherer nicht erkennbar, ob die Behandlung von dem durch den Patienten gewählten Versicherungstarif gedeckt ist. Setzen Sie sich daher gegebenenfalls wegen der Erstattungsfähigkeit ihrer Kosten mit ihrer privaten Krankenversicherung in Verbindung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO:

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Sofern nicht anders vereinbart, gilt dieser Behandlungsvertrag für die gesamte Zeit der Behandlung. Die Vereinbarung kann jederzeit schriftlich gekündigt werden. Der Patient ist dazu berechtigt sich eine Kopie der Vereinbarung aushändigen zu lassen.

Datum _____

Unterschrift _____