

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

**Patient / -in**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied / ggf. abweichender  
Zahlungspflichtiger**

bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten\* \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers\*

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung) \_\_\_\_\_

- Ich bin pflichtversichert       Ich bin privat versichert       Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt  
 Ich bin freiwillig versichert       Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)       Ich bin nicht versichert  
 Ich bin beihilfeberechtigt       Ich bin Basistarif-Versicherte(r)       Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)  
 Ich bin privat zusatzversichert

Sind Sie einem Pflegegrad zugeordnet?       ja, Grad \_\_\_\_\_       nein

oder erhalten Sie Eingliederungshilfe?       ja       nein

aktueller Bescheid vorhanden?       ja       nein

Grund des Zahnarztbesuches:\* \_\_\_\_\_

Haben Sie einen besonderen Beratungswunsch?\* \_\_\_\_\_

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben über Ihren Gesundheitszustand, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versichertenstatus mit!**

\* freiwillige Angaben

**Bitte Rückseite beachten!**

## Allgemeiner Gesundheitszustand:

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen / nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

b) Bestehen Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein

c) Herzinfarkt  ja  nein

künstliche Herzklappe  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  ja  nein

Wenn ja, welche?

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch

Ggf. Werte:

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?  ja  nein

5. Schnarchen Sie?  ja  nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss Ggf. Woche:

8. Stillen Sie?  ja  nein

9. Liegt / lag eine Unfallverletzung im  ja  nein Unfalldatum:

Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? Art der Verletzung:

10. Sonstige Angaben / andere Krankheiten:

11. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

12. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine  ja  nein  
Behandlung unter örtlicher Betäubung?

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

13. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)

14. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

15. Besteht ein künstl. Ersatz wie Knie, Hüfte, Schulter oder eine Transplantation?  ja  nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:\*

Wollen Sie von uns halbjährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  ja  nein

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

Außerdem bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich Ihren Hinweise zur Datenverarbeitung in Ihrer Praxis gelesen und verstanden habe. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail and 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).

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r