

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Team DO24 heißt Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Um Sie bestmöglich betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, Ihre persönlichen Angaben zu vervollständigen und die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Patient

- weiblich
 männlich
 divers

ges. Vertreter

Name

Vorname

geb. Datum

Name / Vorname

Geburtstag

Ort

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Mobilnummer

Festnetznummer

E-Mail-Adresse

Beruf

(Patient; wichtig
bei Berufskrankheiten)

Arbeitgeber

(Patient; wichtig
bei Arbeitsunfällen)

Name

Anschrift / Telefon

Versicherungs- status

gesetzlich versichert

- pflichtversichert
 freiwillig versichert
 Zuzahlungsbefreiung bei Zahnersatz
 private Zusatzversicherung

privat versichert

- beihilfeberechtigt
 Basistarif
 vollversichert

Krankenkasse / Versicherung

Name der gesetzlichen Versicherung

Name der privaten Versicherung

Name der privaten Zusatzversicherung

Besonderheiten

Hinweise zur Organisation

Zu Beginn jedes neuen Quartals benötigen wir Ihre Versichertenkarte. Liegt sie uns vierzehn Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und stellen Ihnen die Behandlungskosten in Rechnung.

Aufgrund unserer langen Öffnungszeiten ist für einen reibungslosen Ablauf unseres Praxisbetriebes eine geregelte Terminvergabe und deren Einhaltung wichtig. Wir bitten Sie daher, uns spätestens 24 Stunden vorher mitzuteilen, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können. In diesem Fall ist eine Terminverlegung problemlos möglich. Sollten Sie jedoch ohne vorherige Absprache mit uns einen Termin nicht einhalten, werden wir Ihnen ein entsprechendes Ausfallhonorar berechnen müssen.



Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

	ja	nein	nicht bekannt
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation? Herzpass <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. <input type="radio"/> Asthma , <input type="radio"/> chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder anderweitige Atemnot? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? (Einnahme von <input type="radio"/> ASS <input type="radio"/> Marcumar®, <input type="radio"/> Eliquis)? _____ andere Blutverdünner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht / Hepatitis, Tuberkulose / Tbc, HIV / Aids) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Autoimmunerkrankungen? (z.B. rheumatische Erkrankungen) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe? (z.B. Leber, Niere) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Nervenleiden? (z.B. Epilepsie) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Konsumgewohnheiten? a) Alkohol: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> abhängig b) Rauchen: Zigaretten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Dampf /E-Zigaretten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Ex-Raucher ? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein c) Drogen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja welche und wie viel ? _____			
14. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Wann und wo wurden die letzten Röntgenbilder v. d. Zähnen gemacht ? _____			

Medikamente / Dosierung:

Gab / gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

Wenn ja, welche? _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung von Anschrift, Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme und – bei Frauen – eine evtl. Schwangerschaft mit.

Mir ist bekannt, dass ich selbst zahlungspflichtig bin, wenn die Kosten meiner Behandlung von meiner Versicherung nur teilweise und / oder gar nicht erstattet worden sind.

Ort / Datum _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter _____