



PATIENT		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort		PLZ
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon	Fax	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		
<input type="text"/>		
Arbeitgeber		
<input type="text"/>		

GESETZLICHER VERTRETER BEI MINDERJÄHRIGEN ODER FAMILIENVERSICHERTEN		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KRANKENKASSE	
Name Krankenkasse	Versicherten-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
gesetzlich: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="text"/>
privat: <input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe, wenn ja, welche?	<input type="text"/>

HAUSARZT		
Name	Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IHR GESUNDHEITZUSTAND			
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.			
Herz- / Kreislauferkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen:		Sonstige Erkrankungen:	<input type="text"/>
HIV-Infektion / Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lebererkrankungen / Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
oder neue Variante der		Metalle; wenn ja, welche?	<input type="text"/>
CreutzfeldtJakob-Krankheit (vCJK)		Sonstige:	<input type="text"/>

IHR GESUNDHEITZUSTAND

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein im Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit

seit

seit

Haben Sie Bisphosphonate eingenommen? / Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum

BITTE BEI EINER LACHGAS-BEHANDLUNG BEANTWORTEN:

Hatten Sie bereits eine Augen-OP? Wenn ja, wann? ja nein Datum

Leiden / litten Sie bereits an einem Darmverschluss (Ileus)? ja nein

Leiden / litten Sie bereits an einem Pneumothorax? ja nein

ZAHNREINIGUNG

Sind Sie an individuellen Terminen zur professionellen Zahnreinigung für den Erhalt Ihrer Zahngesundheit und Zahnästhetik interessiert, an die wir Sie sehr gerne erinnern? ja nein

IN EIGENER SACHE: WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Empfehlungen durch:

Internet Jameda Telefon- / Branchenbuch

Praxis-Website Überweisung Zeitungsanzeigen

Lokale Komplikationen bei Injektionen

Bei der Injektion des Anästhetikums in das Gewebe kann es zu Verletzungen von Gefäßen kommen. Dies ist im Prinzip ungefährlich, kann aber zu Hämatomen (Blutergüssen) führen, die (wenn sie im Muskel liegen) zur zeitweisen Einschränkung der Mundöffnung führen können. Bei der Betäubung des Unterkiefers mittels Leitungsanästhesie (komplette Kieferhälfte) kann es zu einer Verletzung der Unterkiefererven kommen. Dies kann eine komplette oder teilweise Unterbrechung der Sensorik und/oder Motorik (Gefühl und Muskelbewegung) hervorrufen, die sich meist zurückbildet, aber in seltenen Fällen dauernd verbleibt. Trotz der möglichen Komplikationen wünsche ich bei potenziell schmerzhaften Eingriffen ausdrücklich eine örtliche Betäubung und bestätige dies durch meine Unterschrift.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diesen Bogen sorgfältig gelesen und beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein/e Zahnarzt / Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird. Hierfür werden meine Adresse und Geburtsdaten weitergeleitet.

Ort Datum Unterschrift

Für Private-, Beihilfe- und Zusatzversicherte Patienten:

Wir möchten freundlich darauf hinweisen, dass in der Rechtsbeziehung zu den kostenerstattenden Stellen (Beihilfe, PKV und Zusatzversicherung) neben den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte tarifliche Bestimmungen des Versicherungsvertrages, Beihilferichtlinien und die Auffassung der Kostenerstatter ihren Niederschlag finden, sodass die Erstattung in vielen Fällen keinen Einfluss auf die Abrechnungsfähigkeit von Leistungspositionen sowie die verwendeten Steigerungsfaktoren hat. Wir haben uns daher bei der Berechnung aller durchgeführten medizinisch notwendigen Leistungen sowie der Material- und Laborkosten ausschließlich nach den Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) zu richten. Es ist immer möglich, dass manche Leistungen teilweise oder vollständig von Ihrer Versicherung nicht erstattet werden. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass in solchen Fällen keine Rechnungsänderung möglich ist.