

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geb.-Datum: _____ Arbeitgeber: _____
 Beruf: _____ Tel. privat: _____
 E-mail: _____ Tel. geschäftl.: _____
 Fax: _____
 Zahlungspflichtiger: _____

Versicherung: _____ Geschäftsstelle: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mitglied | <input type="checkbox"/> Zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Familienversichert | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Student |

Zusatzversicherung: _____

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geb.-Datum: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Lipperts Friseur:
 Praxismagazin Praxis aktuell:
 Homepage: Google:
 Praxisschild:
 Empfehlung durch _____
 Ihr Hauptanliegen? _____
 Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wünschen Sie Beratung über:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Karies, Zahnfleischerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Ästhetische Zahnheilkunde (z. B. Veneers, Bleichen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - komfortablen Zahnersatz, Implantate | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Mundhygiene- u. Vorbeugungsprogramm (prof. Zahnreinigung, Zahnputztechniken, Fluoridierungsmaßnahmen, Versiegelung von Kauflächen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Recalleinverständnis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

1. Allergien? Allergiepass?
welche? _____ Ja Nein
2. Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein
3. Atemwegserkrankungen? Ja Nein
4. Hämatologische Erkrankungen? Ja Nein
5. Blutgerinnungsstörung? Ja Nein
6. Diabetes? (welcher Typ) Ja Nein
7. Glaukom? (erhöhter Augendruck) Ja Nein
8. Grüner Star? Ja Nein
9. Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Ja Nein
10. Hypertonie (erhöhter Blutdruck) ? Ja Nein
11. Hypotonie (niedriger Blutdruck) ? Ja Nein
12. Herzrhythmusstörungen? Ja Nein
13. Herzinfarkt? Ja Nein
14. Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris? Ja Nein
15. Herzklappenfehler? Ja Nein
16. Herzschrittmacher? Ja Nein
17. Hepatitis (A, B, C) ? Ja Nein
18. AIDS ? Ja Nein
19. Tuberculose? Ja Nein
20. Lebererkrankungen? Ja Nein
21. Magen-Darm-Erkrankungen? Ja Nein
22. Nierenerkrankungen? Ja Nein
23. Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
23. Osteoporose? Ja Nein
24. Rheuma ? Ja Nein
26. Tumorerkrankung? Ja Nein
- 27 . Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
28. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Ja Nein
29. Nehmen Sie Medikamente?
welche? _____ Ja Nein
30. Nehmen Sie Biphosphonate ein? Ja Nein
31. Frühere Operationen?
welche? _____ Ja Nein
32. Hausarzt : _____

Datum, Unterschrift

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

Patient/in:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in*

Name

Vorname

Geburtsdatum

Stellung zum Patienten: Vater Mutter oder _____

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten, und - verläufe) an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH, München.
- mögliche Einholung einer Information bei einer Auskunftdatei zur Prüfung meiner Bonität.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die ABZ-ZR.
- Im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die ABZ-ZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die ABZ-ZR die Leistungen meiner Behandlerin/ meinen Behandler mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin / der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/ meinen Behandler von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, gesetzlicher Vertreter