

# Wir heißen Sie in unserer Zahnarztpraxis herzlich willkommen !

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geboren am

Versicherte(r): \_\_\_\_\_  
Name Vorname geboren am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat Handy dienstlich

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine eMail-Adresse verwendet wird für Terminvereinbarung, für Terminerinnerungen, Recalls und die Übermittlung von Befunden, Röntgenaufnahmen und patientenbezogenen Unterlagen an mich  ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Pflegegrad (Pfleigestufe)** ?  ja  nein

Wenn ja, welchen Pflegegrad ? 1  2  3  4  5

Haben Sie eine/n Betreuer/in ?  ja  nein

Wie sind Sie versichert ?  privat  gesetzlich  freiwillig  beihilfeberechtigt

Sind Sie als Privatversicherte/r im Basis-/Standardtarif versichert ?  ja  nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung ?  ja  nein

Basis-/Standardtarif bedeutet eine immer reduzierte Erstattung der Kosten durch Ihre Privatversicherung. Die Bescheinigung Ihrer Privatversicherung über den Basis-/Standardtarif benötigen wir unbedingt vor Beginn der Behandlung.

Hinweis zur Privatversicherung / Beihilfe / Zusatzversicherung: Sie müssen damit rechnen, dass Sie von diesen Stellen nicht die vollen Kosten erstattet bekommen.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, legen Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn Ihre eGK (elektronische Gesundheitskarte) vor. Wenn Sie diese nicht innerhalb von 10 Tagen vorlegen, ist die **Zahnarztpraxis Bleisteiner** verpflichtet Ihnen eine Privatrechnung zu schreiben.

01. Befinden Sie sich momentan in stationärer Behandlung, z. B. Klinik  ja  nein

02. Sind Sie Raucher/in ?  ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich ?  -5  -10  >10

03. Sind Sie Asthmatiker/in ?  ja  nein

04. Sind Sie Allergiker/in ?  ja  nein

Wenn ja, auf was ? \_\_\_\_\_

05. Sind Sie Diabetiker/in ?  ja  nein

06. Besteht eine Schwangerschaft ?  ja  nein

07. Sind Sie Kontaktlinsenträger/in ?  ja  nein

08. Leiden Sie an einer Herz- oder Kreislauferkrankung ?  ja  nein

Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_

➔ **B i t t e w e n d e n** ➔

09. Haben Sie einen Herzschrittmacher ?  ja  nein
10. Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen ?  ja  nein
11. Neigen Sie zu epileptischen Anfällen ?  ja  nein
12. Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht (Hepatitis) ?  ja  nein  
 Wenn ja, welche ? Hepatitis  A  B  C Und wann ? \_\_\_\_\_
13. Leiden Sie unter einem Immundefizienzsyndrom (z. B. HIV) ?  ja  nein  
 Wenn ja, an welchem ? \_\_\_\_\_
14. Leiden Sie unter Tuberkulose ?  ja  nein
15. Leiden Sie an Osteoporose ?  ja  nein
16. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes ?  ja  nein  
 Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_
17. Leiden Sie an einer Erkrankung, die wir nicht abgefragt haben ?  ja  nein  
 Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_
18. Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ?  ja  nein  
 Wenn ja, welchen ? \_\_\_\_\_
19. Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Betreuung ?  ja  nein  
 Wenn ja, weshalb ? \_\_\_\_\_
20. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ?  ja  nein  
 Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
21. Wenn Sie einmal bzw. mehrmals mit „ja“ geantwortet haben,  
 wie lautet der Name Ihres Hausarztes ? \_\_\_\_\_
22. Schnarchen Sie ?  ja  nein
23. Leiden Sie unter Mundtrockenheit ?  ja  nein
24. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? \_\_\_\_\_

Wir dürfen aufgrund der Richtlinien des Gesundheitsamtes, Patienten die eine akute Herpesinfektion haben (z. B. Bläschen auf der Lippe oder im Mundraum) nicht behandeln. Bitte sagen Sie, falls Sie Herpes haben, Ihren Termin bei uns ab.

Der Weitergabe Ihrer Behandlungsdaten an eine/n Behandler/in innerhalb unserer Praxis und auch an eine/n Nachfolger/in Ihres Zahnarztes / Ihrer Zahnärztin stimmen Sie hiermit zu.

In unserer EDV-Anlage werden die Software von Evident-Dentalsoftware und die Hardware von VisionmaxX GmbH gewartet und gegebenenfalls repariert. Beide Firmen könnten dabei Zugang zu unseren / Ihren Patientendaten erlangen. Die Datenschutz- bzw. Schweigepflichtserklärungen liegen uns von beiden Firmen vor. Sie wurden hiermit darüber informiert und stimmen dem zu.

Der Erhebung einer Verweil- / Ausfallgebühr in Höhe der Kosten, die anfallen wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin versäumen (nicht absagen), es sei denn Ihr Nichterscheinen ist unverschuldet, stimmen Sie hiermit zu.

Wir weisen Sie darauf hin, dass durch Betäubungsspritzen die Reaktionsfähigkeit und die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden kann. Nach Betäubungsspritzen dürfen Sie nicht am öffentlichen Verkehr teilnehmen und nicht an Maschinen arbeiten. In sehr seltenen Fällen können bei Betäubungsspritzen Nerven verletzt werden und ausfallen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_