

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihrer Personalien noch einige Informationen zu Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie die Fragebögen sorgfältig aus. Die Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		
Telefon Festnetz	Telefon mobil		
E-Mail Adresse	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert – Nicht im Basistarif <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung		
Name Ihrer Versicherung/Krankenkasse			

Wie wurde Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Gesetzliche(r) Vertreter (in) bei Minderjährigen/ Geschäftsunfähigen/ beschränkt Geschäftsfähigen

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger, Geschäftsunfähigen oder beschränkt Geschäftsfähigen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist Geschäftsunfähig/beschränkt Geschäftsfähig, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten/Gesetzlichen Vertreters notwendig.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter/Gesetzlicher Vertreter

Für Privatversicherte / Beihilfeberechtigte

Die Berechnung zahnärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Ärzte. Für die Erstattung durch den Kostenträger sind jedoch weiterhin die tariflichen Bedingungen Ihres Versicherungsvertrages und/oder die Richtlinien Ihrer Beihilfestelle maßgebend. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass aufgrund dieser Vorgaben oder durch abweichende Auffassungen der kostenerstattenden Stellen keine vollständige Kostenübernahme gewährleistet ist. Der Behandler ist jedoch nicht verpflichtet seine Liquidation nach den Vorstellungen der Kostenerstatter auszustellen. Die Liquidationserstellung und die Liquidationserstattung sind zwei rechtlich voneinander getrennte Verträge.

Wichtige Informationen (gültig für ALLE Patienten):

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Krefeld, (Datum) Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter/Gesetzlicher Vertreter

bitte wenden

Ihr allgemeiner Gesundheitszustand

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Leiden Sie unter / Haben Sie:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Grauer oder Grüner Star | |
| <input type="checkbox"/> Herzkloppenfehler / Herzklappenersatz | |
| <input type="checkbox"/> Herz -Kreislauferkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / Lebererkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> HIV / Aids / Tuberkulose | |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantate | |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | Wenn ja, welche und seit wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente? | Wenn ja, welche? _____
_____ |
| <input type="checkbox"/> Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | Wenn ja, welche? _____
_____ |
| <input type="checkbox"/> Drogenkonsum | |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | |
| <input type="checkbox"/> Raucher | |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung | |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | |

Bitte beachten Sie bei Behandlungen unter örtlicher Betäubung, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt verkehrstüchtig sind sowie die Möglichkeit von Komplikationen bei örtlichen Betäubungen besteht.

Möchten Sie an Ihre regelmäßigen Vorsorgertermine erinnert werden?

☺ ja

⊖ nein

Krefeld, Datum, Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter/ Gesetzlicher Vertreter