



Gertigstraße 48 | 22303 Hamburg | Telefon 040 - 278 07 71 | zahnarzt-praxis-winterhude.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, daß Sie zur Zahnbehandlung in meine Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in meine Praxis müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	Telefon	Mobil

Versicherter

(falls Versicherung über Eltern oder Ehegatten/in besteht)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	Telefon	Mobil

Krankenkasse

(oder Versicherung)

<input type="text"/>		
<input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="radio"/> Ich bin privat versichert	<input type="radio"/> Ich bin nicht versichert
<input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="radio"/> Ich bin Standardtarif- Versicherte(r) gemäß § 257 Abs. 2a SGB V	<input type="radio"/> Ich bin zusatzberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt		
<input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert		

Ich möchte bevorzugt zu meinen Terminen behandelt werden und verpflichte mich daher, zu den mit mir vereinbarten Terminen zu erscheinen oder rechtzeitig (einen Tag vorher) abzusagen. Bei selbstverschuldeter Nichtabsage kann mir eine Praxisgebühr (€ 150,-/Stunde) in Rechnung gestellt werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) Bluterkrankungen Leberkrankheiten
 Zuckerkrankheit Blutgerinnungsstörungen Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Rheuma HIV-Infektion Anfallsleiden (Epilepsie)
 Osteoporose TBC Schilddrüsenerkrankungen nein

gegebenenfalls seit wann?

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien nein

wenn ja, welche?

- c) Herzinfarkt nein

Nehmen Sie Marcumar? ja

- Schlaganfall nein

- Lähmungen nein

gegebenenfalls wann?

- d) Blutdruck niedrig gegebenenfalls Werte?

normal

hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja ungewiss nein

wenn ja, wievielte Woche?

Sonstige Angaben/andere Krankheiten

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r