



Alle Angaben, die Sie auf diesem Fragebogen machen, sind **streng vertraulich** und dienen Ihrer und unserer Sicherheit. Falls Sie beim Ausfüllen Fragen haben oder Hilfe wünschen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen, wir helfen gerne.

Patient					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Versicherter					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift					
Straße			Nummer		
PLZ			Ort		
Telefon			E-Mail		
Krankenkasse					
Hausarzt					
Zahnarzt					
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?				☐	ja
				☐	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?				☐	ja
				☐	nein
Wenn ja, welche?					
Nehmen Sie Medikamente zur Stärkung der Knochen?				☐	ja
				☐	nein
Haben Sie nach Operationen oder Verletzungen lange geblutet?				☐	ja
				☐	nein
Sind bei Ihnen durch Blut übertragbare Krankheiten bekannt (HIV o.Ä.)?				☐	ja
				☐	nein
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?				☐	ja
				☐	nein
Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz?				☐	ja
				☐	nein
Leiden Sie unter grünem Star/Glaukom?				☐	ja
				☐	nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?				☐	ja
				☐	nein
Hatten Sie eine Bestrahlung oder Tumorerkrankung?				☐	ja
				☐	nein
Vorerkrankungen					
☐	Allergien		☐	Hepatitis	
☐	Diabetes		☐	Herzinfarkt	
☐	Endocarditis		☐	Bluthochdruck	
☐	Herzklappenfehler		☐	Krampfanfälle	

Hinweis zum Datenschutz

Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ können für jeden Patienten jederzeit in unserer Praxis (siehe Aushang) eingesehen werden.

Ich willige in die Weitergabe meiner Patientendaten, sowie Behandlungsdaten in folgendem Zusammenhang ein: Diese erfolgt ausschließlich an alle mitbehandelnden Ärzte/Zahnärzte, die in der Vergangenheit, aktuell und zukünftig im Rahmen der Behandlung involviert sind, sowie, wenn erforderlich, Dentallabore, sonstige Hersteller dentalmedizinischer Produkte oder andere Therapeuten, die an der Behandlung beteiligt sind. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausnahmslos unter Berücksichtigung der DSGVO und steht ausschließlich in Bezug zum therapeutischen Tun, Arztbriefe und Röntgenbilder eingeschlossen. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Erstattung von implantologischen Leistungen (dies bezieht sich bereits auf die ausführliche Beratung über Implantate), sowie plastisch-chirurgische Eingriffe der Haut (außerhalb des Mundraumes) in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Ich bin damit einverstanden, dass diese Leistungen privat liquidiert werden. Das Einverständnis gilt bis zum Widerruf.

Ausfall von Terminen

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden im Voraus per Telefon oder E-Mail ab. So ermöglichen Sie es uns, den Termin einem anderen Patienten anzubieten. Sollte eine rechtzeitige Absage nicht erfolgen, behalten wir uns vor, die für Sie reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Kosten für Begründungen zu GOZ-Leistungen

Private Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen fordern gelegentlich eine schriftliche Begründung zu bestimmten GOZ-Positionen an. Bitte beachten Sie, dass für die Bearbeitung solcher Anfragen, einschließlich der Bereitstellung von Röntgenaufnahmen, Kopien von Dokumentationen, Modellen und Porto, Kosten entstehen da es sich bei Ihrem Auskunftersuchen nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt, somit kann die Abrechnung nicht nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgen. Stattdessen richtet sich die Berechnung der entstehenden Kosten nach dem tatsächlichen Zeitaufwand. Gerne informieren wir Sie vorab über die voraussichtlichen Kosten.

Einwilligungserklärung

Ich bin einverstanden, dass Behandlungsdaten und Röntgenbilder den mit behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Ich wurde über alternative Diagnostik und Therapie sowie über mögliche Risiken und Komplikationen des bei mir vorgesehenen Eingriffs informiert. Hiermit willige ich, nach gegebener Bedenkzeit, in den Eingriff ein.

Die Informationen über die Richtlinien der Praxis zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort & Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. des Erziehungsberechtigten / Betreuers