

Patient:		Telefonnr.:	Handy:
		Email:	
geb.	Straße:	Postleitzahl/Ort:	
Wie sind Sie bevorzugt erreichbar?		☐ Telefon	☐ Handy ☐ Email
Wie möchten Sie schriftliche Unterlagen von uns erhalten (z. B. Rechnung usw.)?			
☐ Email (bitte geben Sie dazu Ihre Email-Adresse an!)		☐ Post	
Möchten Sie am Tag vor Ihrem vereinbarten Termin per SMS erinnert werden:		☐ ja ☐ nein	
Versicherter: (nur wenn von oben abweichend)		Straße:	Tel.:
geb.		Postleitzahl/Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	Arbeitgeber/Anschrift/Telefon
Bei Anspruch auf Pflegegrad (gem. § 15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe gem. (§ 53 SGB XII) erhalten Sie zusätzliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, liegt ein solcher Anspruch vor? ☐ ja ☐ nein			Pflegeperson / Pflegeeinrichtung
Recall-Service – Erinnerung an Vorsorgetermine: Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen und bin damit einverstanden, dass die Erinnerungen entweder per Email, telefonisch, bei persönlicher telefonischer nicht Erreichbarkeit per Anrufbeantworter oder wir lassen Ihnen ggf. eine Nachricht über die Person übermitteln, die am Telefon ist (z. B. Ehepartner, Eltern, Kinder). Ich möchte den Recall-Service und bin mit der oben genannten Form einverstanden ☐ ja ☐ nein Die Teilnahme am Recall kann jederzeit widerrufen werden.			

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung erbitten wir folgende Angaben. Alle Angabe sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allergien	ja ☐ nein ☐ welche? _____
Rheuma	ja ☐ nein ☐ _____
Atemwegserkrankungen	ja ☐ nein ☐ _____
Blutgerinnungsstörung	ja ☐ nein ☐ _____
Diabetes	ja ☐ nein ☐ _____
Schilddrüsenerkrankung	ja ☐ nein ☐ _____
Osteoporose	ja ☐ nein ☐ _____
Osteoporose-Medikamente	wenn ja, welche, z. B. Prolia ☐ Bisphosphonate ☐ andere? _____
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja ☐ nein ☐ _____
Herzklappenerkrankung od. -transplantat	ja ☐ nein ☐ _____
Herzschrittmacher	ja ☐ nein ☐ _____
Sonstige Herzerkrankung	ja ☐ nein ☐ welche? _____
Blutdruck	normal ☐ hoch ☐ niedrig ☐ _____
Durchblutungsstörungen	ja ☐ nein ☐ _____
Lebererkrankungen	ja ☐ nein ☐ _____
Infektionskrankheiten (HIV, Hep.A/B/C, TBC)	ja ☐ nein ☐ _____
Nierenerkrankungen	ja ☐ nein ☐ _____
Tumorerkrankungen	ja ☐ nein ☐ _____
Sonstige Krankheiten, Vorerkrankungen	ja ☐ nein ☐ _____
Besteht eine Schwangerschaft	ja ☐ nein ☐ Schwangerschaftswoche? _____ oder Stillen Sie? ja ☐ nein ☐
Nehmen Sie Medikamente?	ja ☐ nein ☐ welche? _____
Rauchen Sie?	ja ☐ nein ☐ ☐ Tabak ☐ Cannabis _____
Leiden Sie an Mundgeruch?	ja ☐ nein ☐ _____
Hatten Ihre Eltern/Großeltern Parodontitis	ja ☐ nein ☐ und dadurch Zähne verloren? ja ☐ nein ☐
Wie wurde Sie auf uns aufmerksam?	☐ Google ☐ Facebook/Instagram ☐ Empfehlung? von _____
Behandelnder Hausarzt/Anschrift	_____

Bitte bestimmen Sie Ihren Angstfaktor beim Zahnarzt

gering										hoch	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Praxisinterne Hinweise:

- Sie sollten sich unter dem Einfluss einer lokalen Betäubung (Spritze) dem Straßenverkehr fernhalten. Sollten Sie unter ihrer Einwirkung einen Unfall erleiden, so müssen wir dafür eine Haftung ablehnen.
- Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. **Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.**
- Bei Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der veranschlagten Kosten als Anzahlung fällig. Der verbleibende Restbetrag wird nach Abschluss der Behandlung fällig, oder es müssen vorher schriftlich abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.
- Informationen zur Datenverarbeitung gem. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) liegen in unserer Praxis an der Rezeption aus.
- Der Gerichtsstand ist Passau
- **Für Kassenpatienten ist wichtig:**
Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, erfolgt die private Rechnungsstellung.
- Sie haben ein Recht auf die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA). Das Bonusheft und Arztbriefe werden von uns automatisch in die ePA übertragen.
- **Für Privatpatienten:**
Über die Beihilfefähigkeit der Beihilfestellen, bzw. der Erstattungsfähigkeit der Versicherungen oder gesetzlicher Krankenkassen der berechnungsfähigen Gebührennummern kann keine Gewähr übernommen werden. Dies betrifft auch zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die berechnungsfähig sind aber möglicherweise von den einzelnen Erstattungsstellen, Krankenkassen, Beihilfestellen und Versicherungsträgern als nicht beihilfe- oder erstattungsfähig in deren Leistungs- und Erstattungskatalog vorgesehen sind.

Passau, den _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter _____