

# Hallo und herzlich willkommen

im Ersten Zahnmedizinischen Zentrum Frankfurt.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung wichtig.

## Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Personalien

#### Patient

- Frau
- Herr

\_\_\_\_\_

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

#### Adresse

\_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel. privat \_\_\_\_\_

Handy Nr. \_\_\_\_\_

Email Adresse \_\_\_\_\_

- Krankenkasse**
- gesetzlich Kasse: \_\_\_\_\_
- Mitglied  familienversichert mit: \_\_\_\_\_
- |      |              |
|------|--------------|
| Name | Geburtsdatum |
|------|--------------|
- privat Kasse: \_\_\_\_\_

#### Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

**Hausarzt/ Facharzt** \_\_\_\_\_

Name

Adresse \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

#### **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Telefonbuch  Internet  Praxisschild  Gelbe Seiten  durch Bekannte/ Familie \_\_\_\_\_

Ich möchte in das Recall-System aufgenommen werden und eine telefonische Erinnerung zur halbjährlichen Terminvereinbarung erhalten.

#### Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sind. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

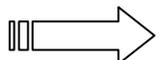
#### Datenschutz:

**Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind auf unserer Praxis-Webseite sowie an der Rezeption jeder Zeit einsehbar.**

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte wenden!



## Medizinische Angaben

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wurden Sie operiert? Wenn ja, wann \_\_\_\_\_ warum \_\_\_\_\_

Haben Sie künstliche Gelenke? nein  Ja  wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Päckchen pro Tag

Nehmen Sie Aufputsch-, Beruhigungs- oder sonstige Mittel? nein  Ja

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  nein

Asthma Ja  nein

Herzerkrankungen: Endokarditis Ja  nein

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja  nein

unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja  nein

Angina pectoris Ja  nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz Ja  nein

Bypass Ja  nein

Stent Ja  nein

Kreislaufferkrankungen/ Bluterkrankungen: Blutdruck zu niedrig  zu hoch  normal

Zustand nach Herzinfarkt Ja  nein

Blutungsneigung (Hämophilie) Ja  nein

Blutarmut (Anämie) Ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja  nein

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja  nein

Magen-Darmerkrankungen Ja  nein

Nierenfunktionsstörung Ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja  nein

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptische Anfälle/ Krämpfe Ja  nein

Infektionskrankheiten: Hepatitis A/ B/ C Ja  nein

Tuberkulose Ja  nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? nein  Ja  Ergebnis: \_\_\_\_\_

Augenerkrankung: Glaukom (grüner Star) Ja  nein

Leiden Sie unter Migräne, halbseitigem Kopfschmerz oder ähnlichem? Ja  nein

Knirschen sie mit den Zähnen? Ja  nein

Bei Schwangerschaft: Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt? Ja  wo? \_\_\_\_\_ nein

**Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis zum Informationsaustausch zwischen unserer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis und der kieferorthopädischen Praxis von E. Jahn.

Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## **Einverständniserklärung für die Behandlung privat krankenversicherter Patienten**

Ich wurde heute im Ersten Zahnmedizinischen Zentrum Frankfurt über die geplante Behandlung informiert.

Nach Abschluss der Behandlung werden die zahnärztlichen Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach dem jeweiligen Zeitaufwand, der Schwierigkeit und ggf. besonderen Umständen der Behandlung in Rechnung gestellt. Bei Überschreiten des 2,3 fachen Gebührensatzes der GOZ bzw. des 1,8 fachen Satzes der GOÄ werden in der Rechnung behandlungsbezogene Begründungen ausgewiesen.

Sollte es Probleme bei der Erstattung geben, wird die Praxis mich im Rahmen ihrer Möglichkeiten in der Durchsetzung berechtigter Ansprüche unterstützen. Auf das Erstattungsverhalten einzelner Versicherungsunternehmen kann die Praxis jedoch keinen Einfluss nehmen, da dieses individuell im Versicherungsvertrag zwischen den Versicherten und der Versicherungsgesellschaft festgelegt ist.

Bis zur endgültigen Klärung der Erstattung durch die private Krankenversicherung werde ich den Rechnungsbetrag ohne Abzüge begleichen. Wenn ich die Entscheidung des Versicherungsunternehmens über die Höhe des erstattungsfähigen Betrages nicht akzeptiere, steht mir der Rechtsweg offen.

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient