

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Nr. _____ PLZ/Ort _____ Telefon _____

Geburtsort: _____.

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Nr. _____ PLZ/Ort _____ Telefon _____

Arbeitgeber _____ Ort _____ zur Zeit arbeitsuchend

Krankenversicherung bei _____

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Hierdurch entstehen in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wir bitten darum, vereinbarte Termine mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Unentschuldig verstrichene Termine müssen wir nach §§ 304, 615 BGB privat in Rechnung stellen.

Mir ist bewusst, dass ich die Behandlungskosten privat zu tragen habe, wenn ich nicht innerhalb von 10 Tagen meine Versichertenkarte vorlege.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir nun folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Allergien/Überempfindlichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz, Herzfehler, Endokarditis | <input type="checkbox"/> Gelbsucht/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung/Krebs |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Dialysepflichtige Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Cortisonpflichtige Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Organtransplantiert | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____ Wer hat Sie überwiesen? _____

Ich bin an modernen Behandlungsmethoden interessiert, auch wenn diese nicht von der Krankenkasse erstattet werden. Ja Nein

Möchten Sie unseren Service nutzen, an Ihre Kontrolltermine erinnert zu werden? Ja

Für kurzfristige Terminänderungen erbitten wir Ihre Mobilfunknummer: _____

Mir ist bewusst, dass Medikamente oder Betäubungsspritzen die Fahrtüchtigkeit einschränken.

Informieren Sie uns bei Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, der Adresse oder Versicherung!

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift