

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für unsere Patientenkartei benötigen wir nachfolgende Informationen von Ihnen.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten:

Name, Vorname: .....

Straße, Ort: .....

Geburtsname:.....Geburtsort.....

Geburtstag: ..... Name der Krankenkasse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Arbeitgeber: .....

Telefon Büro: .....

### Versichertendaten (sofern abweichend Patientendaten):

Versicherter: .....

Geburtstag: .....

Straße,Ort: .....

#### Bei gesetzlicher Kasse:

private Zusatzversicherung Ja  Nein

Kostenerstattung Ja  Nein

#### Bei Privatversicherung:

Beihilfeberechtigt Ja  Nein

Standard-/Basistarif (eingeschränkte Erstattungsleistung) Ja  Nein

### Durch wen sind wir Ihnen empfohlen worden?:

.....

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

- Osteoporose Ja  Nein
- Rheuma Ja  Nein
- Lungenerkrankungen/ Asthma Ja  Nein
- Magen-/ Darmerkrankung Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein
- Diabetes Ja  Nein
- Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) Ja  Nein
- Nierenerkrankung Ja  Nein
- Epilepsie Ja  Nein
- Immunschwäche (z.B. HIV+) Ja  Nein

- Niedriger Blutdruck Ja  Nein
- Hoher Blutdruck Ja  Nein
- Blutungsneigung/ Bluterkrankung Ja  Nein
- Marcumar/ Ass/ Gerinnungshemmer Ja  Nein
- Herzerkrankung Ja  Nein

Wenn Ja, welche?: .....

- Allergien/ Medikamentenempfindlichkeit: Ja  Nein

Wenn Ja, welche?: .....

- Schwangerschaft Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat?: .....

- Medikamente: Ja  Nein

Wenn ja, welche?: .....

.....

Grund Ihres Besuchs:

- |                          |                             |                               |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kontrolluntersuchung     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnschmerzen            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kopf-/ Nackenschmerzen   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenksbeschwerden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Knirschen                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Raucher                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges:               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

.....

Sie sind uns wichtig:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

.....  
.....

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

.....  
.....

Beratungswunsch:

.....  
.....

Mönchengladbach, den.....

Datum

.....

Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Bögen auszufüllen.  
Zum Schluss noch einige Informationen für Sie:

Sollten unsere Öffnungszeiten ein Problem für Sie sein, gibt es in unserer Praxis die Möglichkeit Business- Termine außerhalb der regulären Sprechzeiten zu bekommen. Bitte sprechen Sie uns an.

Wir bieten in unserer Praxis verschiedene Zahlungsmöglichkeiten an. Zum einen können Sie eine Rechnung über unser Rechenzentrum „DZR“ mit einem Zahlungsziel von 30 Tagen erhalten. Desweiteren haben Sie die Möglichkeit direkt nach der Behandlung bar oder mit Ihrer EC-Karte (PIN-Eingabe) zu zahlen. Auch eine Ratenzahlung ist möglich. Bitte sprechen Sie uns an.

Über eventuelle Mehrkosten, die bei einer Behandlung auf Sie zukommen können, werden wir Sie selbstverständlich im Vorfeld informieren.

Ihr Praxisteam  
Dr. Katja Beines

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum.....Krankenkasse:.....

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Röntgenbilder von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Röntgenbilder bei meinem vorbehandelnden Zahnarzt oder bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Zahnarzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort :..... Datum:.....

Unterschrift des Patienten:.....