

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Kerstin Ackermann

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bitte geben Sie uns nachfolgende Daten an, damit wir Ihnen die optimale Behandlung und Versorgung zukommen lassen können.

Im Laufe eines Jahres ändern sich mehrere Angaben, welche sich auf ärztliche Behandlungen entscheidend auswirken können. Daher bitten wir Sie Ihre Angaben stets in Ihrem eigenen Interesse zu aktualisieren.

Vielen Dank.

Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Beruf: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel.dienstl.: _____

Mobil: _____ Email: _____

Sorgeberechtigt/ Bevollmächtigt (nur bei Abweichung zu Patient)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versicherte(r) /Mitglied/ Zahlungspflichtiger (nur bei Abweichung zu Patient)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Name: _____

Krankenkasse

Ich bin pflichtversichert

Ich bin freiwillig versichert

Modell Kostenerstattung

Private Versicherung

Ich bin privat versichert

Ich bin nicht versichert

Ich bin Basistarif versichert

Zusatzversicherung

Ich bin zusatzversichert

Ich bin Beihilfe berechtigt

Service

Unsere Praxis bietet Ihnen den Erinnerungsservice, den so genannten Vorsorge - Recall an.

Um Ihre Zahn- und Mundgesundheit zu erhalten, empfiehlt sich eine halbjährliche Vorsorgeuntersuchung.

Gern erinnern wir Sie, wenn es wieder soweit ist. Dieser Service ist kostenfrei und unverbindlich.

Möchten Sie von uns erinnert werden?

Ja

Nein

In welcher Form dürfen wir Sie erinnern:

Brief

E-Mail

Telefon

Bitte wenden

Allgemeine Erkrankungen

Für Ihre Patientendatei erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, sowie von uns streng vertraulich behandelt werden.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen/Darm Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutverdünner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/ AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Stents?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A B C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie bereits eine Bestrahlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie bereits eine Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Ja, welche? _____

Sind Sie momentan ansteckend erkrankt? Wenn ja, unter welcher Krankheit leiden Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Sind Sie momentan schwanger? Wenn ja welcher Monat _____

Lag oder liegt eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich vor? Ja Nein

Unfalldatum: _____

Art der Verletzung: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Es gelten der Datenschutz, sowie die ärztliche Schweigepflicht.

Sehr geehrte Patienten,

wir sind eine Bestellpraxis, d.h. wir reservieren für Sie nach Dringlichkeit, Behandlungsart und Zeitaufwand einen Termin.

Patienten mit dringenden Notfallbehandlungen kommen immer wieder zu uns und werden zeitlich von uns eingeordnet. Auch Sie kann dies treffen, wir bitten daher um Verständnis, sollte es zu Wartezeiten kommen.

Weiterhin bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vor Ihrem vereinbarten Termin zu informieren, wenn Sie diesen nicht wahrnehmen können. Wir sind berechtigt Ausfallzeiten dem Patienten in Rechnung zu stellen, dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden konnten.

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____