

Herzlich willkommen in unserer Praxis



Patient
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter
 Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift
 Straße _____
 Postleitzahl _____ Ort _____

Tel. _____ Handy _____ e-mail _____

Krankenkasse **Zahnzusatzversicherung** ja nein

Hausarzt _____ Ort _____

empfohlen durch

Lieber Patient,
 viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztlichen Behandlung haben. Wir möchten Sie daher bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, können Sie uns auf der Rückseite hierzu genauere Angaben machen. Alle Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen ihrer persönlichen Daten umgehend mit.

	ja	nein		ja	nein
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter:			Kiefergelenke Geräusche/Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Osteoporose?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf-/Blutdruckstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Marcumar / ASS ein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Biphosphonate ein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen,Herzschrittmacher... Grüner Star (erhöhter Augendruck).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Frauen: Sind Sie schwanger?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wievielte Woche?.....		
Hepatitis / Aids.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letzte Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt		
Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenleiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bitte wenden

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....

 Allergien / Unverträglichkeiten.....

Lieber Patient,

diese Praxis wird nach dem **Bestellsystem** geführt. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen **spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen**, da Ihnen sonst die vorgesehene Behandlung in Rechnung gestellt werden muss.
 Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Schmerztermin, so müssen Sie mit einer Wartezeit rechnen.

Wichtig für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung:

Wird die Versicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, gehen wir davon aus, dass Sie eine private Abrechnung wünschen und berechnen Ihnen die erbrachte Behandlung nach GOZ / GoÄ.

Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit Dr. Kast resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten	_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten
_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten	_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten
_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten	_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten
_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten	_____ Datum	_____ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten