

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

- Kontrolle/Untersuchung
 Beratung
 Zahnschmerzen
 Zahnfleischbluten
 Kiefergelenkbeschwerden
 Probleme mit dem Zahnersatz
 Ich benötige neuen Zahnersatz

Patient/in Herr Frau Kind / Schüler Student Auszubildende/r

Name	Vorname	geb.	Geburtsort
------	---------	------	------------

Straße / Hausnr.	PLZ	Stadt
------------------	-----	-------

Tel. Festnetz	Tel. Mobil	Email
---------------	------------	-------

Mitglied / Zahlungspflichtige/r (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r) Herr Frau Wie Patient/in

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Straße / Hausnr.	PLZ	Stadt
------------------	-----	-------

Tel. Festnetz	Tel. Mobil	Email
---------------	------------	-------

Versicherungsstatus

<input type="checkbox"/>	Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/>	Ich habe eine private Zahnzusatzversicherung
<input type="checkbox"/>	Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/>	Ich bin beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/>	Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht versichert	<input type="checkbox"/>	Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/>	Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/>	Ich bin Basistarif-Versicherte(r)

Name der Krankenkasse / Versicherung

Beruf des Mitgliedes	Arbeitgeber
----------------------	-------------

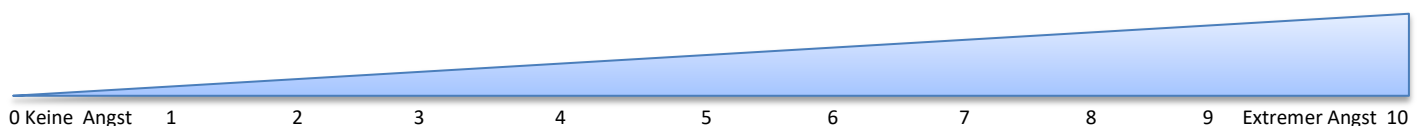
Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung vom

- Google Praxisschild MDH Gelbe Seiten Anzeige
 Bin bereits Praxispatient Medikompass Andere Praxis Internet Portal Krankenkasse

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Nein Ja Wenn ja, bitte unten auf der Angstskala genau eintragen



Bitte weiter lesen! ↪

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Diese dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte mit auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit! *Danke*

		Ja	Nein
Herz- und Kreislaufkrankungen	Herzinfarkt <i>Wenn ja, bitte das Jahr angeben:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck <i>Wenn ja, bitte die Werte eingeben:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe oder Herzmuskelentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) oder Kammerflimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Blutgerinnung und Bluterkrankungen	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Sonstige		
	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Stoffwechselerkrankungen	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Knochen/Skelett	Künstliche Knie- oder Hüftgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Krebserkrankungen	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Nehmen Sie gegenwärtig oder haben Sie Medikamente (Bisphosphonate) wie z.B. Fosamax, Actonel oder jährliche Infusionen (z.B. mit Zometa) genommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Infektionskrankheiten	Hepatitis (Gelbsucht) Typ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV Infektion (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Erkrankungen des Nervensystems	Schlaganfall <i>Wenn ja, bitte das Jahr angeben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen der Psyche, z.B. Depressionen, Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Allergien	Unverträglichkeit von Medikamenten oder Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bestehen Allergien? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein
Medikamente Drogen Für unsere Patientinnen	Nehmen Sie regelmäßig Medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie oder haben Sie Drogen genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besteht eine Schwangerschaft? <i>Wenn ja, wievielte Woche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben /andere Krankheiten:

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:

Ihr Hausarzt: Name

Stadt

Telefon

Bitte weiter lesen! 

	Ja	Nein
Möchten Sie eine Beratung für Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie die Entfernung der alten Amalgamfüllungen mit besonderen Schutzmaßnahmen (Dreifach Schutz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine Zahnbehandlung in Narkose oder Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie eine kosmetische Zahnbehandlung, z.B. Veneers, Zahnverbreiterung, Bleaching o.ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchungen bzw. Prophylaxe erinnert werden (Recall System)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie unter örtlicher Betäubung behandelt werden?

- Ja, immer
 Nur bei schmerzhaften Eingriffen
 Nein, ich verzichte lieber auf eine örtliche Betäubung

Haben Sie in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass mehrere Betäubungsspritzen notwendig waren um eine ausreichende Betäubung des Zahnes zu erreichen? Ja Nein

Füllungstherapie

Der heutige zahnmedizinische Forschungsstand erlaubt es uns, innovative und hochwertige Füllungsmaterialien zu verwenden. Diese qualitativ anspruchsvollen Zahnfüllmaterialien ermöglichen eine individuelle Anpassung an der natürlichen Zahnschmelze und sind hinsichtlich der Ästhetik, Haltbarkeit und Verträglichkeit unübertroffen.

Möchten Sie als Füllungsmaterial lieber ein höherwertiges Material haben?

(Diese Wahl ist für Sie nicht bindend und kann jederzeit revidiert werden)

- Ja, ich möchte hochwertige Füllungen haben. Hierfür entstehen für Kassenpatienten Kosten von ca. 35-90 Euro pro Füllung
 Je nach Kosten könnte ich mich für die bessere oder für die Standard-Kassenfüllung entscheiden
 Nein, ich möchte nichts dazu bezahlen und begnüge mich mit der Kassenfüllung

Ich bin damit einverstanden, dass COS Zahnärzte meine Email zur Zwecke der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung- oder Bestätigung sowie für die Zusendung von Kostenvoranschläge, praxisrelevanten Informationen sowie Newslettern nutzen darf. Eine bereits erteilte Einwilligung kann ich jederzeit telefonisch, schriftlich oder per Email widerrufen. Wenn Sie mit der Nutzung Ihrer Email-Adresse wie oben beschrieben nicht einverstanden sind bitte diesen Passus durchstreichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenebezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Ebenfalls bestätige ich, die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung gelesen zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir uns vorbehalten für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB). Bei nicht eingehaltenen Narkoseterminen fallen höheren Gebühren an. Bitte sagen Sie deshalb unbedingt Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig (mindestens 24 Stunden im Voraus) ab, damit wir entsprechend disponieren können. Wir bitten dafür um Verständnis.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) befindet sich als Anhang im Wartezimmer oder kann bei uns an der Rezeption jederzeit angefordert werden.