



Zahnarztpraxis
emmaKLEIN

Patient: Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherter: Vorname: _____

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum/Ort: _____

**Telefon/Fax:
Handy/E-Mail:** _____

Krankenversicherung:

Sind Sie in einem sogenannten Basis- bzw. Standardtarif versichert?

(Bei diesen Tarifen wird der Erstattungsanspruch lediglich auf Kassenleistungen reduziert!)

Ja o nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja o nein

Sie wünschen eine Beratung über: _____

*Für eine auf Sie individuell abgestimmte Behandlung benötigen wir folgende Angaben,
die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.*

Teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand ändert.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Gesundheitlicher Zustand:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Schwangerschaft |
| <input type="radio"/> Mundgeruch | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Metallgeschmack im Mund | <input type="radio"/> Hepatitis, Gelbsucht, Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Kopf- oder Nackenschmerzen | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="radio"/> Hoher oder niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Sind Sie überempfindlich gegen Medikamente? _____

Wann und was wurde zuletzt geröntgt? _____

Bitte wenden

- Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden entsprechend §73 Abs.1 SGBV **DSGVO** (z.B. Weiterleitung von Röntgenbildern, prothetische Daten ans Labor usw.

Sie haben die Möglichkeit an unserer SMS-Erinnerungsfunktion teilzunehmen:

- Recall (Kontroll- und Prophylaxe-Termine)
- Terminerinnerung (für bereits bestehende Termine)
- Ich möchte gerne erinnert werden per E-Mail _____
oder SMS

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB, soweit dies für den Versand der SMS von dieser Arztpraxis an meine Mobilfunk-Nr. erforderlich ist.

Gestatten Sie uns Hinweise zur Honorarabrechnung gemäß der gültigen Gebührenordnung (GOZ).

Bedingt durch die unveränderte Gebührenhöhe liegt der Mittelsatz (2,3fach) der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) heute weitestgehend unter oder nur knapp über dem Honorar der gesetzlichen Krankenkassen und Sozialämter.

Dies bedeutet, dass der 2,3fache Steigerungssatz eine Qualität in Behandlung und zeitlicher Zuwendung auch nur auf dieser engen Basis ermöglicht.

Andersherum:

Um unseren privat versicherten Patienten qualitativ hochwertig mit gleichbleibendem Zeitaufwand zu begegnen, sind im Laufe der Jahre die Steigerungssätze einiger Leistungen gemäß der Gebührenordnung (GOZ) gewachsen.

Wir bemühen uns, eine sachliche und korrekte Liquidation zu erstellen, die Ihnen eine vertragsgerechte Erstattung durch die Kostenträger ermöglicht.

Bitte reichen Sie uns ablehnende Bescheide der Versicherung bzw. der Beihilfestelle zur Überprüfung und gegebenenfalls Hilfestellung herein.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

An den mit uns vereinbarten Terminen steht das Praxisteam ganz zu Ihrer alleinigen Verfügung. Bitte sagen Sie daher, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher ab. Eine ausgefallene Praxisstunde verursacht Kosten in Höhe von 150 EUR, die wir Ihnen bei versäumten Terminen entsprechend in Rechnung stellen.

Datum, Unterschrift _____