

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Um Sie bestmöglich zu versorgen, benötigen wir Informationen zu Ihrer Gesundheit. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patient: Name Vorname Geb.-Datum Geb.-Ort

Zahlungspflichtiger: Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift: Straße, Nr. PLZ, Wohnort Tel. privat

Mobil - Telefon

Krankenkasse / Versicherung Versicherten - Nr.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____
(persönl. Empfehlung, Website, Facebook, Jameda, Telefonbuch)

Hausarzt / Facharzt: _____

Hinweis für Kassenpatienten: **wichtig:** Ich habe bei meiner Krankenversicherung die Kostenerstattung gewählt

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung und bis zum jeweiligen Quartalsende nicht vor, so müssen wir Ihnen leider eine private Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte ausstellen.

Hinweis für Behandlungen von Privatpatienten und andere private Behandlungen: Rechnungen sind direkt und in voller Höhe nach Erhalt fällig, unabhängig vom Erstattungsverhalten von Erstattungsstellen. Sollten Sie in einem Basistarif versichert sein, informieren Sie uns bitte **vor** Behandlungsbeginn, damit wir mit Ihnen ein Aufklärungsgespräch über die Behandlungskosten führen können.

Wir sind immer bemüht, Ihnen in unserer Bestellpraxis lange Wartezeiten zu ersparen, auch wenn uns zusätzliche Patienten mit Schmerzen aufsuchen.

Für den Fall, dass Sie zu einem Termin verhindert sein sollten, bitten wir um rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher, bzw. bei längeren Terminen wie Zahnersatz-, Parodontose- Behandlung oder professioneller Zahnreinigung mindestens zwei Werkstage vorher). Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie an, dass Sie anderenfalls leider für die entstandenen Ausfallkosten zahlungspflichtig sind.

Datenschutz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen habe, ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Torsten Kurz und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

(Ort / Datum)

(Unterschrift Versicherter)

(2/2)

Anamnesebogen zu Ihrer Gesundheit

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nein

Ich interessiere mich für zahnmedizinische Vorsorge (Prophylaxe) ja nein

Ich interessiere mich für Implantate ja nein

Ich habe Probleme mit dem Zahnfleisch oder lockeren Zähnen ja nein

Ich bekomme meine Zähne nicht richtig weiß ja nein

Ich wünsche eine Beratung über Behandlungen nach dem neuesten medizinischen Stand, unabhängig von der Erstattung durch gesetzliche oder private Versicherungen ja nein

1. a) Herz-/ Kreislauf-Erkrankung? _____
- b) Herzschrittmacher ja nein c) künstliche Herzklappe(n) ja nein
- d) Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen? ja _____ nein

2. Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

3. Gegenwärtige Erkrankungen? _____

4. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

5. Sind Sie gegen etwas allergisch? _____

6. Infektionskrankheiten? (Hepatitis, Tuberkulose, HIV etc.) _____

7. Sind Sie zurzeit schwanger? ja Ihr ermittelter Entbindungstermin: _____ nein

8. Rauchen Sie? ja , etwa _____ Zigaretten pro Tag nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen dieser Angaben umgehend mit.

(Ort / Datum)

(Unterschrift Versicherter)