



Zahnarztpraxis mit Herz Dr. Jennifer Kielmann



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum Telefon privat

Anschrift: _____
Wohnort Straße Mobiltelefon

Krankenkasse: _____ **E-Mail:** _____

Ich bin damit einverstanden, dass unverschlüsselte Benachrichtigungen jeglicher Art an meine E-Mail-Adresse verschickt werden dürfen. Ja Nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, deshalb vergeben wir Termine. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sein sollten. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, und es dadurch zu Zeitverzögerungen kommen kann.

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung: _____

Wer ist Ihr Hausarzt: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein: _____

Allgemeine Erkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien (Allergiepass?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neigen Sie zu Ohnmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind Sie Drogen abhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sind Sie Alkohol abhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen schon mal ein Aidsstest durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, mit welchem Ergebnis	_____	

Zahn-Mund-Situation:	Ja	Nein		Ja	Nein
Bemerken Sie Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sollen wir Sie über Leistungen informieren, auch wenn sie nicht von der Kasse übernommen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann wurden Sie zuletzt geröntgt:	_____	
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Möchten Sie in unser Recall-System eingebunden werden? Sie erhalten dann eine telefonische Einladung bzw. E-Mail-Nachricht für Ihren nächsten fälligen Kontrolltermin! Ja Nein

Richtlinien für den Datenaustausch nach §295, den §§73b, 73c und 140a SGB V:
Der Gesetzgeber hat zum Schutz der Patienten eine Einwilligung in die Übermittlung von Befunddaten vorgesehen und detailliert geregelt. Zu Beginn der Behandlung empfiehlt es sich daher eine entsprechende Erklärung durch den Versicherten unterschreiben zu lassen. Der Patient kann die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen (§ 73 Abs. 1b Satz 1 SGB V). Daraus folgt, dass eine einmal abgegebene Erklärung bis zu einem etwaigen Widerruf aufrechterhalten bleibt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir hoffen, dass Sie sich in der Zahnarztpraxis mit Herz wohlfühlen. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Bodenheim, den _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)