



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 Vorname, Nachname		Geb.-Datum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon	Mobiltelefon	Beruf
E-Mail _____		
Ich bin damit einverstanden, dass unverschlüsselte Benachrichtigungen, z.B. Recall (keine Werbung), an meine E-Mail-Anschrift verschickt werden dürfen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Krankenkasse: _____		
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>		

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Stehen Sie zurzeit unter ärztlicher Behandlung, wenn ja, welche Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Allergien (Allergiepass?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche _____			Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher/Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis/Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Allgemeine Informationen:		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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

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. Nicht eingehaltene Termine können privat in Rechnung gestellt werden. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen und es dadurch zu Zeitverzögerungen kommen kann.

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.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____