

Sehr geehrte Patienten,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

| <b>Patient</b> | <b>Versicherter</b><br><i>nur ausfüllen, wenn Familienversichert</i> |
|----------------|--|
| Name, Vorname  | Name, Vorname  |
| Geburtsdatum   | Geburtsdatum   |
| Straße         | Straße   |
| PLZ/Ort        | PLZ/Ort  |
| Tel/Mob        | Tel:   |
| Email          | Mobil  |

|                       | <b>JA</b>             | <b>NEIN</b>           |                    | <b>JA</b>             | <b>NEIN</b>           |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zusatzversicherung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Privat versichert     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Beihilfe           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                        | <b>JA</b>             | <b>NEIN</b>           |                         | <b>JA</b>             | <b>NEIN</b>           |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hoher Blutdruck        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Niedriger Blutdruck     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Endokarditisprophylaxe  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutverdünner          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankung/Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | HIV                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Organtransplantiert    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gelenkprothese          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schwanger? SSW: _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rauchen Sie?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|             |  |
|-------------|--|
| Hausarzt    |  |
| Medikamente |  |
| Allergien   |  |

| Bitte ankreuzen  | JA | NEIN |
|--|----|------|
| Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der zahnmedizinisch/medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten/Befunde bzw. die Daten meines Kindes an mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte/Labore/Chirurgen eingeholt werden dürfen.   | o  | o    |
| Im Falle einer Zusatzversicherung erkläre ich mich einverstanden, insofern diese es wünschen, dass meine Befunde und Daten an Dritte weitergegeben werden dürfen. Dies kann z. B. bei der Erstattung oder beim Abschluss einer neuen Versicherung vorkommen.   | o  | o    |
| Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden.   | o  | o    |
| Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden. Diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.  | o  | o    |
| Ich bin damit einverstanden, dass ich von der Zahnarztpraxis telefonisch für das Abklären oder Erinnern von Terminen erreicht werden darf.<br><br>Auch mit einer Terminbestätigung per SMS erkläre ich mich einverstanden.   | o  | o    |
| Falls Sie einen Ihrer Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin <b>rechtzeitig abzusagen</b> – <i>wenn möglich 24 Stunden vorher</i> .<br><br>Für den Fall dass dies nicht möglich ist oder nicht erfolgt ist, erlauben wir uns Sie darauf hinzuweisen, dass es für uns zu einem Verdienstausschlag kommt. <u><i>Diesen Ausfall stellen wir Ihnen in Einzelfällen in Rechnung – je nach Ausfall zwischen 50-100€/Stunde.</i></u><br><br>Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über diesen Fall aufgeklärt wurden und einverstanden sind. |    |      |

### Füllungen – Was übernimmt die Kasse?

Im sichtbaren Frontzahnbereich übernehmen Krankenkassen die Kosten für zahnfarbene Kompositfüllungen (Einschichttechnik). Zu den Frontzähnen zählen die Schneide- und Eckzähne des Ober- und Unterkiefers. Im Seitenzahnbereich werden die Kosten nur für Amalgamfüllungen übernommen.

- Ich wünsche auch weiterhin mit dem Füllungsmaterial Amalgam/Zement versorgt zu werden. Mögliche damit verbundene gesundheitliche Risiken sind mir bekannt.
- Ich möchte mit anderen Materialien versorgt werden und weiß, dass ich für die Mehrkosten von meiner Krankenkasse keinen Zuschuss erhalte. (Die genauen Kosten können jederzeit erfragt werden)

Datum, Unterschrift