

AUFNAHMEBOGEN

PATIENT

Name

Vorname

Geb.-Datum

Geburtsort

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Tel.

Tel. tagsüber

Mobil

E-Mail

Sind Sie einem Pflegegrad zugeordnet oder erhalten Sie Eingliederungshilfe* (§§15+53 SGB)?

Ja Nein

*In diesen Fällen haben Sie Anspruch auf zusätzliche Prophylaxe als Kassenleistung: Hierzu benötigen wir Ihren Pflegebescheid.

MITGLIED / VERSICHERTER

Name

Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Arbeitgeber

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversicherung Freiwillig versichert

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre elektronische Versichertenkarte (EGK). Liegt diese 14 Tage nach dem ersten Besuch im Quartal nicht vor, behalten wir uns vor, Ihnen die erbrachten Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

Privatversicherung

Beihilfeberechtigt Basistarif Standardtarif

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Erinnerungssystem (Recall), mit dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern. **Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall System aufnehmen?**

Ja Nein

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können.

Bei nicht rechtzeitiger Absage wird die versäumte Zeit mit einer Ausfallgebühr berechnet.

Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich an der für Sie eingeplanten Zeit und Behandlung.

Wir haben einen Terminerinnerungsservice für längere Termine für Sie.

Dürfen wir Sie per SMS an ihren längeren Termin erinnern?

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei Telefonaten Informationen zu Terminen auf den Anrufbeantworter gesprochen oder den nächsten Angehörigen mitgeteilt werden dürfen.

Ja Nein



Bitte wenden!

ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit. Danke!

Bitte ankreuzen	Ja	Nein	Bitte ankreuzen	Ja	Nein
ALLGEMEINE SITUATION					
Hausarzt/ Ort			Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....			<input type="radio"/> Wenn ja, wievielte Woche?		
			ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie ein Bonusheft? Bitte bringen Sie dieses zum 1. Termin mit in die Praxis.		
z. B. Blutverdünner wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis etc.			Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche und wofür?			Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....			Wenn ja, seit Jahren		
Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Betäubungsspritzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir weisen darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.			Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis) durchgeführt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?		
.....			Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?				
Herzerkrankungen			Ihre Erwartungen/Wünsche an uns:		
Wenn ja, welche?				
.....			Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
(vorbeugende medizinische Maßnahme, die der Verhinderung einer Herzinnenhautentzündung dient)			Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr.		
Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein künstliches Gelenk eingesetzt bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Wenn ja, wann?			Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)		
Größere zurückliegende Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Wenn ja, welche?			Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung & -speicherung		
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Unsere detaillierten Datenschutzbestimmungen nach Art. 13 DSGVO liegen in der Praxis für Sie zur Mitnahme bereit.		
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schweres Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Infektionskrankheiten					
Hepatitis (C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
TBC (Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
HIV (Aids)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen?					
.....					
.....					

AUSFALLHONORAR

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nichterscheinen oder kurzfristigen Absagen eines geplanten Behandlungstermins

Zwischen dem Zahnmedizinischen Zentrum Recke und

Patient/in: Pat. Nr:.....

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in unsere Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel eine Wartezeit erspart bleibt.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie den oder die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48h vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit ander itig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB mit 2€ pro geplanter Behandlungsminute (Prophylaxe-Termine 1€ pro Minute) in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Aus organisatorischen und technischen Gründen sind wir nicht verpflichtet, Terminerinnerungen durchzuführen.

Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

.....
Ort, Datum

.....
Patient/in