

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Künstliche Herzklappen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Endoprothesen (künstl. Gelenke o.ä.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, TBC) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Augenerkrankung (z.B. Glaukom) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie eine sonstige Erkrankung oder Hinweise zu den og. Punkten?

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? ja Allergiepass vorhanden nein

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? (Medikationsplan vorhanden?)

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen oder Injektionen? ja nein

Welche?

für unsere Patientinnen: → Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unbekannt

Ausfallhonorar bei Terminversäumnis

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie Termine spätestens 24 Std. vorher absagen müssen, damit wir die beim Termin ausschließlich für Sie vorgesehene Zeit für andere Patienten nutzen können. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihnen die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung ab einer vorgesehenen Behandlungszeit von mehr als 30 min in Rechnung gestellt werden kann, wobei anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Wir bitten um Ihr Verständnis und sind bei Fragen dazu gerne für Sie da.

Ort, Datum



Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Bringen Sie bitte immer Ihre elektronische Gesundheitskarte (Krankenversichertenkarte) beim ersten Besuch im Quartal mit. Sollten Sie sie einmal vergessen, können Sie uns diese umgehend, jedoch bis spätestens 5 Tage vor Ende des jeweiligen Quartals nachreichen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen ansonsten die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen müssen.

Zahnärztliche Rechnungen werden nach §10 GOZ sofort fällig. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Behandlungseinverständnis

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des bzw. der Erziehungsberechtigten notwendig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung umgehend mitzuteilen. *Auf Wunsch können wir Ihnen den ausgefüllten Bogen gern als Kopie mitgeben.*

Ort, Datum



Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten