

ZAHNARZTPRAXIS GRASS ■ ■ HERRMANN

Name:	.....	Falls Sie nicht selbst
Vorname:	.....	Versicherungsmitglied sind,
Geburtsdatum:	.....	Wer ist Versicherter?
Adresse:	.....	Name:
	.....	Vorname:
Telefon:	.....	Geburtsdatum:
Mobil:	.....	Adresse:
Email:	.....	.....
Beruf:	.....
Arbeitgeber, Ort:	.....	Wer soll die Rechnung erhalten?
	.....	Name:
Tel. Arbeitsplatz:	.....	Adresse:
Krankenkasse:	.....	.....
pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt:	.....
	.....	zahnzusatzversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen gesundheitliche Risiken?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
	
Haben Sie eine Allergie / Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Stoffen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	.....
Haben Sie Asthma?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie ein künstliches Gelenk oder Herzklappe?(Endokarditisprophylaxe)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen /		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie: <input type="checkbox"/> ASS 100, <input type="checkbox"/> Markumar oder <input type="checkbox"/> Heparin?		
Haben Sie eine Infektionskrankheit? (z.B. HIV)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht? (Hepatitis <input type="checkbox"/> A/ <input type="checkbox"/> B/ <input type="checkbox"/> C)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind sie zuckerkrank (Diabetes)? <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Knochenerkrankung oder einen Tumor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente eingenommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche:	.....
	

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Weil am Rhein, den

.....

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bitte wenden →

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von € 50 pro ausgefallene Behandlungsviertelstunde als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Dies entspricht dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine 15-minütige Behandlung in unserer Praxis.

Sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, fallen selbstverständlich keine Kosten an. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist. (§§ 615/ 280 BGB)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Weil am Rhein, den

.....

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters