

PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN  
DR. HERRMANN ■■■ KOLLEGEN

Name:	.....	Falls Sie nicht selbst	
Vorname:	.....	Versicherungsmitglied sind,	
Geburtsdatum:	.....	Wer ist Versicherter?	
Adresse:	.....	Name:	.....
	.....	Vorname:	.....
Telefon:	.....	Geburtsdatum:	.....
Mobil:	.....	Adresse:	.....
Email:	.....		.....
Beruf:	.....	Wer soll die Rechnung erhalten?	
Arbeitgeber, Ort:	.....	Name:	.....
	.....	Adresse:	.....
Tel. Arbeitsplatz:	.....	Rechnung:	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Post
Krankenkasse:	.....	Besteht eine Vollmacht durch Dritte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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?) oder Stillen Sie?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Knochenkrankung oder einen Tumor?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Osteoporose und nehmen dafür Medikamente ein?			<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 →

PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN  
DR. HERRMANN ■■■ KOLLEGEN

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, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisviertelstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, werden selbstverständlich keine Kosten anfallen. 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