



Krankenkasse _____

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Mitglied (bei Familienversicherung) Name, Vorname, Geb. Datum _____

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, deswegen bitten wir Sie um Beantwortung dieses Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt.

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben zu Ihrer Sicherheit dienen und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, jedoch nach den strengen Bestimmungen des Datenschutzes behandelt.

		Ja	Nein	
Stehen Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ihr Hausarzt: _____
1. Herz:	Herzkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____
	Herzschrittm. /künst. Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Kreislauf:	erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Blut:	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welches: _____
4. Lunge:	Asthma / chron. Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, was: _____
	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Lebererkr. (Hepatitis/Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Nierenerkrankung (Dialyse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Nervensystem:	Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, was: _____
7. Allergien:	Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Medikamenten-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, auf welche: _____
	Penicillin-Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wurden bei Ihnen künstliche Gelenke eingebracht oder leiden sie an Osteoporose?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welches: _____ wann: _____
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikament: _____
Bestehen sonstige Erkrankungen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____
Besteht eine Pflegebedürftigkeit nach § 5 SGB II		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, Pflegrad: _____
Hatten Sie kürzlich eine Operation oder ist in nächster Zeit eine OP geplant?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann: _____ welche: _____



Zahnarztpraxis Andreas Streitberger

Deutsche Apotheker & Ärztebank
BLZ: 300 606 01
Kto.Nr.: 0 001 373 315
IBAN: DE 04 3006 0601 0001 3733 15
BIC: DAAEEDDDXXX

Bahnhofstraße 3
95119 Naila
Tel: 09282 8543
Fax: 09282 984056

www.zahnarzt-naila.de
info@zahnarzt-naila.de



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja Nein
 wenn ja, welche:_____

Sind sie in den letzten 12 Monaten in einer anderen Praxis im Kopf-Kieferbereich geröntgt worden? Ja Nein

Bei weiblichen Patienten
 - liegt eine Schwangerschaft vor ? Ja Nein
 wenn ja, welcher Monat:_____

Sind sie Raucher? Ja Nein
 Sind sie HIV positiv? Ja Nein

[diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt]

Wünschen Sie bei jeder Behandlung eine Lokal-
 anästhesie (Spritze) Ja Nein

[es wird grundsätzlich vor Behandlung nochmals nachgefragt]

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich stets mitteilen!

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

Einwilligungserklärung Datenschutz

Unsere Informationen zum Datenschutz finden sie im Rezeptions- und Wartebereich. Sie können diese Einwilligung zur Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei fehlender oder widerrufenen Einwilligung ist nur eine Notfallbehandlung möglich.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und willige ein.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

zwischen: Zahnarzt Andreas Streitberger und (Name):_____

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Es bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese nach Möglichkeit 24 Stunden vorher absagen müssen, somit können wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen (auf Grundlage des Stundensatzes von 150 €

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

 Ort, Datum

 Unterschrift Zahnarzt

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter



Zahnarztpraxis Andreas Streitberger

Deutsche Apotheker & Ärztebank
 BLZ: 300 606 01
 Kto.Nr.: 0 001 373 315
 IBAN: DE 04 3006 0601 0001 3733 15
 BIC: DAAEEDDDXXX

Bohnhofstraße 3
 95119 Naila
 Tel: 09282 8543
 Fax: 09282 984056

www.zahnarzt-naila.de
 info@zahnarzt-naila.de