

-----**Patientenerhebungsblatt Seite 1**-----

Bitte die folgenden Fragen auf beiden Seiten gewissenhaft beantworten:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

.....geb. am.....

.....

Krankenkasse:.....

Gesetzlich versichert

Privat versichert **nicht** im Basistarif     Privat versichert im Basistarif

Telefon

(privat)..... (dienstlich, insofern vorhanden).....

Hausarzt: Name..... Telefon.....

Ort.....

Arbeitgeber..... Beruf.....

Wir bieten unseren Patienten ein automatisches Wiederbestellsystem an (Recall). Damit werden die teilnehmenden Patienten, in einem vereinbarten Rhythmus, automatisch über eine Postkarte, an die erforderliche Terminvereinbarung erinnert.

Selbstverständlich ist der Eintrag jeder Zeit wieder löschar!

**Wollen Sie in unsere Recall-Liste aufgenommen werden?    Ja    O**

(für weitere Fragen stehen wir zur Verfügung)

---- **Bitte auch Seite 2 ausfüllen** ----

-----**Patientenerhebungsblatt Seite 2**-----

Herz- Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Endokarditis	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Herzoperation	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

Weitere Erkrankungen/ Probleme:

Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Asthma/ Lungenerkrankung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Diabetes/ Zucker	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Drogenabhängigkeit	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Hepatitis	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Tuberkulose	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/ Spritzen	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Antibiotika	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Metalle	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
Welche Metalle:				

Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (CJK) oder Variante (vCJK) Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen.....

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein  Wenn ja, in welchem Monat?.....

Wann wurden die letzten zahnärztlichen Röntgenaufnahmen gemacht?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder momentan ein?.....

Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an das DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH. Sowie mit der möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität und außerdem der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an das DZR.

Ich verpflichte mich, über Änderungen, die sich in dem vorliegenden Patientenerhebungsblatt ergeben, umgehend die Praxis zu informieren.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden können. Berechnungsgrundlage ist der Unkostensatz von 110€ je Stunde. Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen muss. Nach §§615/280BGB

Güglingen, den..... Unterschrift.....

---- **Bitte auch Seite 1 ausfüllen** ----