

-----**Patientenerhebungsblatt Vorderseite**-----

Bitte die folgenden Fragen auf Vorder- sowie Rückseite vollständig beantworten:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name, Vorname des Patienten:

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

Straße /Hausnummer:.....

PLZ, Wohnort:.....

Krankenkasse:.....

☐ Gesetzlich versichert

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

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

Mobilfunknummer zur Erinnerung von Behandlungsterminen per SMS :

.....

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

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 ☐ Nein ☐

Auf Postweg ☐

oder Email, dann Email-Adresse angeben: _____

----**Bitte auch Rückseite beachten und ausfüllen/ unterschreiben!**-----

-----Patientenerhebungsblatt Rückseite-----

Herz- Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck	Ja	☐	Nein	☐
Herzklappenfehler	Ja	☐	Nein	☐
Herzklappenersatz	Ja	☐	Nein	☐
Herzschrittmacher	Ja	☐	Nein	☐
Endokarditis	Ja	☐	Nein	☐
Herzoperation	Ja	☐	Nein	☐

Weitere Erkrankungen/ Probleme:

Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja	☐	Nein	☐
Asthma/ Lungenerkrankung	Ja	☐	Nein	☐
Blutgerinnungsstörung	Ja	☐	Nein	☐
Diabetes/ Zucker	Ja	☐	Nein	☐
Drogenabhängigkeit	Ja	☐	Nein	☐
Nierenerkrankungen	Ja	☐	Nein	☐
Ohnmachtsanfälle	Ja	☐	Nein	☐

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS	Ja	☐	Nein	☐
Hepatitis	Ja	☐	Nein	☐
Tuberkulose	Ja	☐	Nein	☐

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/ Spritzen	Ja	☐	Nein	☐
Antibiotika	Ja	☐	Nein	☐
Schmerzmittel	Ja	☐	Nein	☐
Metalle	Ja	☐	Nein	☐
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 130€ 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 Vorderseite beachten und ausfüllen!-----