

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst vollständig und wahrheitsgemäß. Wir verwenden diese Information ausschließlich zur Behandlung und Vertragserfüllung nach Art. 6 DSGVO Abs. 1 lit. b und sind durch technische und organisatorische Maßnahmen geschützt. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Datenschutzhinweise im Aushang oder auf unserer Homepage <http://www.zahnaerzte-ratzeburg.de>

Vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. **Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.** Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Name des Kostenträgers: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin standardtarif-    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | versicherte/r                                      | <input type="checkbox"/> Sozialamt/Versorgungsamt   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |  |   |

**Die folgenden Angaben helfen uns deutlich bei der Behandlung und beim Praxisablauf und werden ausschließlich dafür verwendet. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.**

### **Freiwillige Angabe**

Dürfen wir Sie an Termine zur Wiedervorstellung erinnern (Recall-System)?  Ja  Nein  
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?  Ja  Nein

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Ratzeburg, \_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

## Pflichtangaben

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Ja/ Nein

- Asthma  
  Zuckerkrankheit  
  Rheuma  
  Osteoporose

Ja/ Nein

- Bluterkrankungen  
  Blutgerinnungsstörungen  
  HIV-Infektion  
  Schilddrüsenerkrankung

Ja/ Nein

- Leberkrankheiten  
  Hepatitis A/B/C  
  Epilepsie  
  TBC

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Allergische Reaktionen/ Unverträglichkeit:  Ja  Nein

Wenn ja welche?: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie ein Medikament gegen Osteoporose?  Ja  Nein

Nehmen Sie Blutverdünner?  Ja  Nein

Blutdruck  niedrig?  normal?  hoch?  
ggf. Werte? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Welche?: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Ungewiss  
ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben/andere Krankheiten?  
\_\_\_\_\_

Legen Sie wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  Ja  Nein

Bitte beachten sie, dass es bei einer örtlichen Betäubung im Unterkiefer zu einer dauerhaften Sensibilitätsstörung kommen kann. Außerdem kann die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen ( z.B. zur Betäubung) beeinträchtigt werden.

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie?

Datum/ Körperteil: \_\_\_\_\_

Ratzeburg, \_\_\_\_\_

Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

### Schweigepflichtsentbindung gegenüber anderen Ärzten

Hiermit entbinde ich Herrn Christian Seeger & Frau Katharina Seeger von der Schweigepflicht gegenüber meines Hausarztes, Kieferchirurgen, sowie allen anderen von mir aufgesuchten Arztpraxen um Behandlungsberichte und Röntgenbilder zur Weiter- oder Nachbehandlung zu übersenden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ratzeburg, \_\_\_\_\_

Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r