

# Zahnarztpraxis Dr. Daniela May

Ästhetische Zahnheilkunde

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus:

Falls Versicherung über Eltern oder Ehegatten besteht:

Hauptversicherter:

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

Patient:

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

.....  
Straße PLZ und Ort

Telefon:

.....  
Privat / zuhause Handy und / oder Büro

Arbeitgeber:

.....  
Arbeitgeber Beruf

Krankenkasse (bei privaten Kassen auch den Namen der Gesellschaft angeben):

.....  
Krankenkasse zusatzversichert bei

Rechnungsempfänger (falls nicht der Patient):

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse:

.....  
Straße PLZ und Ort

## Zusätzliche Leistungen zur Erhöhung des Qualitätsstandards:

Ich befinde mich in Behandlung bei oben angeführtem Zahnarzt. Mein Zahnarzt ist neben anderen Praxen in diesen Räumlichkeiten tätig. Mir ist bekannt, dass die Ärzte und Zahnärzte dieser Praxen voneinander unabhängig arbeiten und auch unabhängig voneinander abrechnen. Die Ärzte und Zahnärzte der Praxen stehen sich aber mit fachlichem Rat zur Seite. Zur Gewährung einer fachlich und wirtschaftlich optimalen Behandlung ist es sinnvoll, dass der Mit- oder Weiterbehandelnde Arzt / Zahnarzt über Umfang und Ergebnis der bisher durchgeführten Behandlung in Kenntnis gesetzt wird. Ich entbinde meinen Arzt / Zahnarzt zu den oben beschriebenen Zwecken von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Ich möchte bevorzugt zu meinen Terminen behandelt werden und verpflichte mich daher, zu den mit mir vereinbarten Terminen zu erscheinen oder rechtzeitig (einen Tag vorher) abzusagen. Bei selbstverschuldeter Nichtabsage kann mir eine Praxisausfallgebühr (€ 150 pro Stunde) in Rechnung gestellt werden.

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen:

Haben Sie Allergien, wenn ja, welche ?

.....

Haben Sie eine Herz-Kreislaufkrankung (Herz, Blutdruck) ?

.....

Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis, Tbc, HIV/Aids, etc.)?

.....

Haben Sie innere Erkrankungen, wenn ja, welche ?

.....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein, wenn ja, welche ?

.....

Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja, im wievielten Monat ?

.....

Sind Sie Raucher, wenn ja wie viel rauchen Sie pro Tag?

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Empfehlung, Zeitungsannonce, Radio/Fernsehen, Internet, Telefonbuch)?

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten

## **Anästhesie-Aufklärung:**

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie).  
Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten