



VICARI

Zahnarztpraxis

Patient
Frau / Herr / Kind

Name	Vorname
------	---------

Straße	Nummer
--------	--------

PLZ	Ort
-----	-----

Geburtsdatum	Telefon
--------------	---------

Zahlungspflichtiger*

Name	Vorname
------	---------

Straße	Nummer
--------	--------

PLZ	Ort
-----	-----

Geburtsdatum	Telefon
--------------	---------

Versicherung

- privatversichert
- gesetzlich versichert
- Private Zusatzversicherung

Beruf des Zahlungspflichtigen*

Arbeitgeber

Anschrift des Arbeitgebers (Straße, Ort, Telefon)

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein

b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein

c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein

ggf. welche? _____

d) Blutdruck hoch normal niedrig

ggf. Werte? _____

e) Schlaganfall Lähmungen

Herzinfarkt oder Herzerkrankung nein

ggf. wann? _____

f) Gelbsucht / Hepatitis Leberkrankheiten

HIV nein

ggf. wann? _____

g) Zuckerkrankheit ja nein

h) Rheuma ja nein

i) Bluterkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

j) Kreislauferkrankungen ja nein

k) Nierenerkrankungen ja nein

l) Schilddrüsenerkrankungen ja nein

m) Epilepsie ja nein

n) trockener Alkoholiker ja nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

4. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

5. Nehmen Sie zur Zeit / regelmäßig Medikamente ein? ja nein

ggf. welche? _____

6. Besteht eine Schwangerschaft? ungewiss ja nein

ggf. wievielte Woche? _____

7. Sonstige Angaben / Andere Krankheiten

Dürfen wir Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnern?

ja

nein

Haben Sie in Bezug auf Ihre Behandlung besondere Wünsche?

Gibt es Themen im Bereich Zahngesundheit zu denen Sie Beratung wünschen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zeitung

MDH

Internet

Empfehlung ggf. durch wen? _____

Sonstiges _____

Sehr geehrter Patient!

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet in der Regel für Sie nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird. (§§ 304, 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Bei einem solchen Nottermin ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Wichtig für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Wird die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen*

* Zahlungspflichtiger = Rechnungsempfänger, bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter