

MVZ Dentologicum und ZMVZ Dentologicum 275 in üBAG GbR



Patient/-in Nr.

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus: (Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt)

PATIENT/-IN:

Nachname Vorname Geb.-Datum / Geb.-Ort

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: Mobil-Nr.:

E-Mail-Adresse:
(Nur für Befunde, Terminbestätigungen und Recall)

Beruf:
(optional)

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

Zusatzversichert bei:

Kostenerstattung bei:

Beihilfeversichert bei:

HAUPTVERSICHERTE/-R (falls Versicherung über Eltern oder Ehegatten/-in besteht):

Nachname Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

RECHNUNGSANSCHRIFT (falls abweichend von Patient/-in ist):

Nachname Vorname Geb.-Datum

Straße:

PLZ: Ort:

Terminvergabe

Unser MVZ und ZMVZ werden nach einem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, falls erforderlich, die mit Ihnen vereinbarten Termine **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Bei **nicht rechtzeitiger Absage**, werden Ihnen pro reservierte Behandlungsstunde **150,- Euro in Rechnung gestellt**. Ein unverschuldetes Nichterscheinen bleibt davon unberührt. Der Nachweis eines geringeren oder keinen Schadens bleibt unbenommen.

Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Für eine umfassende zahnärztliche/ärztliche Diagnostik benötigen wir folgende Angaben: Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.



<p>Haben Sie Allergien? (Insbesondere: Latex, Medikamente, Metalle, Kunststoffe?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, gegen</p> <p>.....</p>
<p>Haben Sie eine Herz-Kreislaufkrankung? (Bluthochdruck, Schlaganfall, Stent, Herzschrittmacher)</p>	<p><input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Herzpass vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Haben Sie eine Infektionskrankheit? (Insbesondere Hepatitis, HIV/Aids, TBC)</p>	<p><input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Haben Sie Erkrankungen der inneren Organe/des Nervensystems? (Diabetes, Glaukom, Epilepsie, Schilddrüse, Depressionen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Mir sind keine bekannt. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Sind Sie in regelmäßiger psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, wegen:</p> <p>.....</p>
<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Blutverdünner z.B. Xarelto, Thromboseprophylaxe Osteoporosemedikamente, Bisphosphonate)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Medikamentenliste vorhanden. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Haben Sie je Medikamente eingenommen welche die Wundheilung beeinträchtigen? (Osteoporosemittel, Bisphosphonate)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:</p> <p>.....</p>
<p>Hatten Sie eine Bestrahlung oder Chemotherapie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.</p>
<p>Besteht eine Schwangerschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin nicht schwanger. <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger, im ten Monat. <input type="checkbox"/> Es besteht die Möglichkeit.</p>

>>>BITTE WENDEN>>>



Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.

Sind Sie Raucher? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife, E-Zigarette)	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, weniger als 3 pro Tag. <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 3 pro Tag.
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Gelegentlich. <input type="checkbox"/> Täglich.
Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen, oder bewusstseinsweiternde Substanzen?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung eines Bekannten..... <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hausarzt/-ärztin. <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hauszahnarzt/-ärztin. <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Zeitung/Radio/Fernsehen. <input type="checkbox"/> Telefonbuch
Wünschen Sie, dass Ihr Hausarzt/-ärztin über besondere Behandlungen informiert wird?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Name, Anschrift Hausarzt/ärztin:
Wünschen Sie, dass Ihr Hauszahnarzt/-ärztin über besondere Behandlungen informiert wird?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. Name, Anschrift Hauszahnarzt/ärztin:
Möchten Sie in unser Erinnerungs-System für Ihre Routineuntersuchung aufgenommen werden?	<input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per SMS <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> per Telefon <input type="checkbox"/> per Post
<p>Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.</p> <p>Die Informationen bei Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 DSGVO sind in der MVZ Dentologicum und ZMVZ Dentologicum 275 in üBAG GbR, sowie unter „www.dentologicum.de/impressum“ für Sie einsehbar.</p>	

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und informiere Sie umgehend bei Änderungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
(ab dem 16. Lebensjahr)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift
des/der Erziehungsberechtigten /
gesetzliche/n Vertreter/in