



Zahnarztpraxis am Tierpark
Dr. Jörg-Sebastian Metz

Herzlich willkommen bei uns!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient / -in

Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse / Hausnummer		☎ dienstlich	☎ privat
Postleitzahl	Ort	Email-Adresse	

Versicherte / -r

Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse / Hausnummer		☎ dienstlich	☎ privat
Postleitzahl	Ort	Email-Adresse	
Beruf		Arbeitgeber	
Strasse / Hausnummer Arbeitgeber		PLZ / Ort	☎ Arbeitgeber
Name der Krankenkasse / -versicherung mit Geschäftsstelle		Mitglieds- / Vertragsnummer	

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ (Gebührenordnung der Zahnärzte) berechnen müssen. Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Diese Praxis beauftragt eine Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft (HZA) mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Wir ersparen uns damit Verwaltungsarbeit und haben mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung. Selbstverständlich wird Ihr Einverständnis vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung eingeholt.

Mit meiner unten stehenden Unterschrift entbinde ich die Praxis im Falle einer Privatrechnung gegenüber diesen Unternehmen von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe der Rechnungsdaten (gemäß § 3 Bundesdatenschutz) an die HZA GmbH und ggf. die kreditgebende Bank einverstanden. Ich bin mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten innerhalb der Praxis-EDV gemäß § 3 Bundesdatenschutzgesetz einverstanden.

Datum	Unterschrift Patient / -in / Erziehungsberechtigte/-r
-------	---



Zahnarztpraxis am Tierpark
Dr. Jörg-Sebastian Metz

Zunächst eine persönliche Frage: Durch wen wurden Sie in unsere Praxis empfohlen?

Herrn / Frau _____ Name _____ Vorname _____

Oder wurden Sie über einen dieser Wege auf unsere Praxis aufmerksam?

Praxisschild Gelbe Seiten Werbung / Plakat Homepage
 Telefonbuch Internetverzeichnis der Kammer Zeitungsartikel Internetvergleichsportal

Wir verstehen uns als eine moderne zahnärztliche Praxis. Das heißt: ein Teil unserer Behandlungsstrategie ist die Durchsetzung eines umfangreichen Prophylaxekonzeptes. Wir sehen den Sinn nicht nur in der Behandlung von schon bestehenden Erkrankungen, sondern deren Vorbeugung. Weiterhin ist die Prophylaxe notwendig für unsere gesamte Behandlung.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

1. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? J N
2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? J N
3. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - Asthma (schwere Atemnot) J N
 - Allergische Reaktionen wie z.B. Heuschnupfen J N
 - Unverträglichkeit von Medikamenten J N
 - Wenn ja, welche: _____
 - Besitzen Sie einen Allergiepass? J N
 - Wie ist der Blutdruck? zu Niedrig Normal Hoch
 - Litten Sie bereits unter: Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen
 - Wenn ja, wann? _____
 - Gelbsucht Lebererkrankungen
 - Ggfs. wann: _____
 - Zuckererkrankungen (Diabetes) J N
 - Gelenkerkrankungen wie z.B. Rheuma, PCP J N
 - Schilddrüsenerkrankungen J N
 - Epileptiforme Anfälle J N
4. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ? J N
5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? J N
6. Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ggf., welches Ergebnis? P N
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? J N
 - Wenn ja, welche? _____
8. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
9. Sonstige Hinweise: _____
10. Ihr Hausarzt? _____
11. (Frauen) Besteht Schwangerschaft? Ja Woche Nein

Raum für Notizen des Behandlers !!!

Aktuelle Beschwerden:

Erfahrungen / Erwartungen

Magen / Darm

WS / Gelenke

Haut

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzutellen.

Datum _____ Unterschrift Patient / -in / Erziehungsberechtigte/-r _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!