

# GKV - Versicherte

# Privatversicherte

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Freiwillig versichert

Zusatzversicherung

Wenn ja, bei welcher Versicherung:

.....

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Versichert in einem Standard-/Basistarif

Beihilfeberechtigt

Name der privaten Krankenversicherung:

.....

## Zusätzliche Angaben:

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (**mobil**) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen bei uns! Wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.

Sie kommen zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, daß Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens **24 Std. vorher** ab. Ansonsten könnten wir Ihnen hierfür ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Für Ihre Behandlung erbitten wir die folgenden Angaben (bitte Rückseite beachten), die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht und die Bestimmungen des Datenschutzes fallen.

Die „**Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten gem. DSGVO**“ sind auf Nachfrage in der Praxis jederzeit einsehbar.

**Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.**

**Ich habe die Ausführungen zu Bestellsystem und Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen und erkläre mein Einverständnis.**

**Ich bestätige die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten gem. DSGVO“ zur Kenntnis genommen zu haben.**

**Fortsetzung auf der Rückseite**



- Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?
- Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?
- Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?
- Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen?
- Haben Sie eine Herzmuskelschwäche?
- Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?
- Haben Sie ein erhöhte Blutungsneigung?
- Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?
- Haben sie Epilepsie (Anfallsleiden)?
- Haben Sie Bronchial-Asthma?
- Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten?
- Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes?
- Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
- Haben Sie eine Lebererkrankung?
- Haben Sie eine Nierenerkrankung?
- Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?
- Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?
- Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen?
- Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?
- Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente?

Schwangerschaft?

- Ich bin mit der Farbe meiner Zähne zufrieden Ja   Nein
- Ich habe Probleme bezgl. Schnarchen / Atemaussetzern im Schlaf Ja   Nein
- Ich presse im Schlaf die Zähne zusammen bzw. knirsche mit den Zähnen Ja   Nein
- Ich wünsche die Aufnahme in das praxiseigene Benachrichtigungs- und Erinnerungssystem (Recall) Ja   Nein

Heilbronn, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters