

Patientendaten



Sehr geehrte(r) Patient(in),

um für Sie die geeigneten Behandlungsverfahren auszuwählen, bitten wir Sie um die genaue Beantwortung der Fragen zur allgemeinen und speziellen Vorgeschichte (Anamnese) und zu den derzeitigen Versicherungsverhältnissen. Bei Unklarheiten können Sie uns in der Praxis gerne fragen.

Patient

Name:

- Rechnungsempfänger
- Kontakt über diese Adresse
(zutreffendes ankreuzen)

Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel. privat: Handy: @:

Hauszahnarzt:Geburtsort:.....

Hauptversichertendaten bei Familienversicherung bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen:

Name:

- Rechnungsempfänger
- Kontakt über diese Adresse
(zutreffendes ankreuzen)

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel. privat: Handy: @:

2. Erziehungsberechtigter

(bei Minderjährigen benötigen wir die vollständige Angabe beider Erziehungsberechtigten – bitte kreuzen Sie denjenigen an, bei abweichenden Adressen, an wen die **Anschreiben und Rechnungen** gehen sollen.)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel. privat: Handy: @:

Krankenversicherung:

gesetzlich

gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

gesetzlich mit Kostenerstattung

gesetzlich mit Beihilfeanspruch

privat

mit Beihilfe _____ Prozent

mit Bundesbeihilfe

mit Standard-/Basistarif

welche Beihilfestelle

Ist Ihnen Ästhetik sehr wichtig / wichtig / wenig wichtig / unwichtig?

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln bzw. Ihre Zähne? ja / nein

Wenn nein, was gefällt Ihnen

Welche Behandlung erwarten Sie?

- Ich will die medizinisch modernste und ästhetisch beste Versorgung, die Kosten sind für mich dabei zweitrangig.
- Ich will eine medizinisch wie auch ästhetisch möglichst gute und wissenschaftlich moderne Versorgung und bin auch bereit, falls nötig, hierfür Zuzahlungen zu leisten, wobei die Kosten ein wichtiges Kriterium sind.
- Ich will die billigste Versorgung möglichst ohne eigene Zuzahlung. Diese entspricht den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und ist die wirtschaftlich günstigste Behandlung. Meist entspricht dies nicht dem modernsten Stand der Wissenschaft und die Ästhetik spielt keine Rolle.

Wie sind Sie mit uns in Kontakt gekommen bzw. auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wir sind von unserem / meinem Hauszahnarzt überwiesen worden:	<input type="checkbox"/>	<i>Tragen Sie hier bitte immer den Namen Ihres Zahnarztes ein:</i>
_____		_____
Wir sind vom Kieferchirurgen überwiesen worden:	<input type="checkbox"/>	Name des Arztes:
_____		_____
Wir sind von einem anderen Arzt überwiesen worden, wenn ja von welchem?	<input type="checkbox"/>	Name des Arztes:
_____		_____
Auf Empfehlung von Freunden / Familie / Bekannten:	<input type="checkbox"/>	Name der Person:
_____		_____
Über das Internet:	<input type="checkbox"/>	Wo im Internet?
_____		_____
Über das Telefonbuch:	<input type="checkbox"/>	_____

Anderes:	<input type="checkbox"/>	wie?
_____		_____

War der Patient bzw. ist der Patient bereits in kieferorthopädischer Beratung / Behandlung?

nein

Wenn ja, wann und bei wem?

ja

.....

Da eine entsprechende Mundhygiene im Rahmen der Kieferorthopädie notwendig ist, **bitten wir Sie zu jedem Termin eine Zahnbürste mitzubringen**. Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass alle vereinbarten Termine verbindlich sind (rechtzeitige Absage - mindestens 24h im Voraus wird erbeten). Ansonsten können wir die entstandenen Ausfallkosten, je nach Umfang, in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Die Daten Ihrer Kartei unterliegen der Schweigepflicht. Diesem Kodex zahnärztlichen Handelns sind wir verpflichtet und werden wir selbstverständlich nachkommen. Ich erteile meine Zustimmung zur Weitergabe der Unterlagen an einen Praxispartner, Praxisvertreter bzw. Praxisnachfolger.

Ich versichere, diese Angaben, nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.

Dortmund, den _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter: _____