Patient:	Telefonnr.: Handy: Fax: Email:
geb.	Straße: Postleitzahl/Ort:
Wie sind Sie bevorzugt erreichbar? ☐ Telefon ☐ Fax ☐ Handy ☐ SMS ☐ Email	
Gerne möchten wir Ihnen anbieten, Sie einen Tag vorher an Ihrem vereinbarten Termin per SMS zu erinnern: ☐ erwünscht ☐ nicht erwünscht	
Versicherter:	Straße: _____ Tel.: _____
geb.	Postleitzahl/Ort: _____
Krankenkasse:	Beruf: _____
Arbeitgeber/Anschrift/Tel: _____	

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung erbitten wir folgende Angaben. Alle Angabe sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allergien	ja ☐	nein ☐	welche? _____
Lactoseunverträglichkeit	ja ☐	nein ☐	_____
Rheuma	ja ☐	nein ☐	_____
Atemwegserkrankungen	ja ☐	nein ☐	_____
Blutgerinnungsstörung	ja ☐	nein ☐	_____
Diabetes	ja ☐	nein ☐	_____
Schilddrüsenerkrankung	ja ☐	nein ☐	_____
Osteoporose	ja ☐	nein ☐	Med.: Biphosphonate? _____
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja ☐	nein ☐	_____
Herzklappenerkrankung od. -transplantat	ja ☐	nein ☐	_____
Herzschrittmacher	ja ☐	nein ☐	_____
Sonstige Herzerkrankung	ja ☐	nein ☐	welche? _____
Blutdruck	normal ☐	hoch ☐	niedrig ☐ _____
Durchblutungsstörungen	ja ☐	nein ☐	_____
Lebererkrankungen	ja ☐	nein ☐	_____
Hepatitis	ja ☐	nein ☐	_____
Magen-Darm-Erkrankung	ja ☐	nein ☐	_____
Nierenerkrankungen	ja ☐	nein ☐	_____
Tumorerkrankungen	ja ☐	nein ☐	_____
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	ja ☐	nein ☐	_____
Sonstige Infektionskrankheiten	ja ☐	nein ☐	_____
Sonstige Krankheiten, Vorerkrankungen	ja ☐	nein ☐	_____
Besteht eine Schwangerschaft	ja ☐	nein ☐	Schwangerschaftswoche? _____
Nehmen Sie Medikamente?	ja ☐	nein ☐	welche? _____
Rauchen Sie?	ja ☐	nein ☐	_____
Leiden Sie an Mundgeruch?	ja ☐	nein ☐	_____
Wurden Sie empfohlen?	ja ☐	nein ☐	von wem? _____
Behandelnder Arzt	_____		
Anschrift des Arztes	_____		

Bitte bestimmen Sie Ihren Angstfaktor beim Zahnarzt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gering					hoch					

Praxisinterne Hinweise:

- Sie sollten sich unter dem Einfluss einer lokalen Betäubung (Spritze) dem Straßenverkehr fernhalten. Sollten Sie unter ihrer Einwirkung einen Unfall erleiden, so müssen wir dafür eine Haftung ablehnen.
- Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. **Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.**
- Bei Beginn einer Zahnersatzbehandlung sind die Hälfte der veranschlagten Kosten der Behandlung fällig. Der verbleibende Restbetrag wird nach Abschluss der Behandlung fällig, oder es müssen vorher schriftlich abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.
- Der Gerichtsstand ist Passau
- **Für Kassenpatienten ist wichtig:**
Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, erfolgt die private Rechnungsstellung.
- **Für Privatpatienten:**
Über die Beihilfefähigkeit der Beihilfestellen, bzw. der Erstattungsfähigkeit der Versicherungen oder gesetzlicher Krankenkassen der berechnungsfähigen Gebührennummern kann keine Gewähr übernommen werden. Dies betrifft auch zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die berechnungsfähig sind aber möglicherweise von den einzelnen Erstattungsstellen, Krankenkassen, Beihilfestellen und Versicherungsträgern als nicht beihilfe- oder erstattungsfähig in deren Leistungs- und Erstattungskatalog vorgesehen sind.

Passau, den _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter