

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Viktor Bergmann



Gesund beginnt im Mund!

Und Gesundheit ist unser höchstes Gut.

Gemeinsam können Sie und wir dafür sorgen, daß Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch ein Leben lang gesund und schön bleiben.

Zunächst benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur Person und zu Ihrer Gesundheit. Verschwiegenheit gegenüber Dritten ist für uns selbstverständlich.

Patient

Name _____ Vorname _____ geboren am _____ Geburtsort _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geboren am _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Telefon privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Handy _____

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber

Firma/Name _____ Ort _____ Telefon geschäftlich _____

Hausarzt

Name _____ Ort _____

Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin darf mit meinem Hausarzt Kontakt aufnehmen und Fragen bezüglich meiner Gesundheit abklären. Damit bin ich einverstanden.

ja

nein

Diese Erklärung können Sie jederzeit widerrufen.

Ich habe Zahnschmerzen oder andere Beschwerden im Mund- / Kieferbereich.

Eigene Zähne für ein ganzes Leben sind für mich erstrebenswert.

Ich wünsche mir frischen Atem.

Besonderen Wert lege ich auf:

**Sprechen Sie uns an,
wenn Sie Fragen,
Anregungen oder
Wünsche haben.**

Bitte blättern Sie um und beantworten noch die Gesundheitsfragen auf Seite 2

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Viktor Bergmann



Fragen zu Ihrer Gesundheit

Mund- und Allgemeingesundheit stehen in engem Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig.

Deshalb möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich reagiere überempfindlich auf bestimmte Stoffe

Welche? _____

Ich habe einen Allergiepaß

Ich habe eine Gerinnungsstörung

Ich habe Diabetes

Ich habe eine Herz- / Kreislaufkrankung

Ich habe eine Magen- / Darmerkrankung

Ich habe Hepatitis / Gelbsucht / eine Lebererkrankung

Ich habe Asthma

Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung

Ich rauche

Ich habe Bluthochdruck

Ich leide an Epilepsie

Ich leide unter Migräne

Ich habe grünen Star

Ich habe Probleme mit der Wirbelsäule

Ich stehe unter starker seelischer Belastung/Stress

Ich hatte eine größere Operation

Ich habe/hatte eine Bestrahlungs-/Chemotherapie

Ich habe MRSA

Ich habe die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Ich habe schon einen AIDS-Test machen lassen

Positiv

Negativ

Ich bin schwanger, wenn ja, welche Woche? _____

Ich habe eine Nierenerkrankung

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein

Marcumar

Bisphosphonate; bitte auch angeben, wenn sie in der Vergangenheit verabreicht wurden.

(z.B. Zometa, Bondronat, Aredia, Bonviva, Actonel, Forsamax, Skelid, Ostac, Bonefos, Didronel, Diphos)

Sonstige _____

Meine Angaben werden elektronisch gespeichert.

Sie unterliegen den strikten Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Mit der Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

Hiermit verpflichte ich mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen.

Außerdem verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

Vielen
Dank!

Datum _____

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten _____

Nürnberger Str.26
in der Passage zwischen Telekom und ADAC
63450 Hanau  Tel: 06 18 1-24720

Bankverbindung: Commerzbank
IBAN: DE 52 5004 0000 0401 1011 00 BIC : COBADEFF XXX

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Viktor Bergmann



Sonstige Hinweise

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes, diese werden streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung Ihrer persönlichen Daten im Rahmen Ihrer Behandlung stimmen Sie zu.

Wir führen unsere Praxis als Bestellpraxis, dieses hat für Sie den Vorteil, dass Sie in der Regel keine langen Wartezeiten haben, nicht vorhersehbare Notfälle können natürlich auch bei uns zu Verzögerungen Ihrer Behandlung führen wir bitten um ihr Verständnis.

Selbstverständlich werden wir uns (falls es Sie mal selbst betreffen sollte) umgehend um Ihre Behandlung kümmern.

Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Durch nicht erscheinen -bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine entstehen uns Ausfälle, die wir speziell bei länger dauernder Behandlungen nicht ausgleichen können.

Wir bitten Sie daher Termin für länger dauernde Behandlungen z.B :

Füllungen, Kronen, Operationen, Prophylaxe uns möglichst 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir den Termin für einen anderen Patienten frei machen können.

In diesem Zusammenhang möchten wir Sie darüber informieren, dass für von Ihnen nicht abgesagte bzw. eingehaltene Termine (wenn dieses nicht unverschuldet passiert) ein Ausfallhonorar gem. §304,611,615 BGB in Rechnung gestellt werden kann.

Bei Nichteinhaltung des Termins oder zu später Absage berechnen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 80,-€ je angefangene 30 min.

Wir bemühen uns natürlich für Ihren Termin einen Ersatzpatienten zu finden in diesem Fall wird Bezahlung nicht fällig, da kein Ausfall entsteht.

Zuzahlung bei Kassenpatienten.

nach den Richtlinien der Krankenkassen werden viele Leistung durch die Kassen nicht mehr übernommen (z.b. Füllungen, mehrfach notwendige Betäubungsspritzen chirurgischen o. prothetischen Behandlungen, und bei der Heilplanung.)

Wir bieten ihnen daher eine vollwertige Form der Versorgung an und klären Sie über ihren eigenanteil Selbstverständlich auf.

Sollten Sie der Behandlung zustimmen verpflichte Sie sich, die vorstehend aufgeführten Mehrkosten, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, selbst zu tragen.

Hanau den, _____

Unterschrift

Dr. med. dent.
Viktor Bergmann 

Es ist unser Wunsch, dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Sollten Sie Fragen und wünsche haben, wenden Sie an unser freundliches Praxisteam.