

Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie
Stephan Boronowsky (MSc)
- Master of Science Implantologie -
Zahnarzt
Am Markt 11 - 28195 Bremen
Telefon: 0421 321155 - Telefax: 0421 321114

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum <u>Geburtsort</u> Geschlecht: ☐ m ☐ w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf/Arbeitgeber

Name der Krankenkasse / Versicherung

- ☐ Gesetzlich versichert
☐ Privat versichert - **nicht** im Basistarif
☐ Privat versichert - im Basistarif
☐ Beihilfeberechtigt

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ Ja ☐ Nein	
Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein	
Herzschriltmacher	☐ Ja ☐ Nein	
Infektionserkrankungen:		
HIV	☐ Ja ☐ Nein	
Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein	
Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein	
andere:		

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika ☐ Ja ☐ Nein
Schmerzmittel ☐ Ja ☐ Nein
Reinigungsmittel ☐ Ja ☐ Nein
Antibiotika ☐ Ja ☐ Nein
andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen ☐ Ja ☐ Nein
Asthma ☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Rheuma ☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein
Diabetes ☐ Ja ☐ Nein
Nierenfunktionsstörungen ☐ Ja ☐ Nein
Ohnmachtsneigung ☐ Ja ☐ Nein
andere:

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

Möchten Sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

Nein ☐
Ja ☐ per Mail ☐
SMS ☐
Anruf ☐
Brief ☐

Dürfen wir Ihnen ein wenig „auf den Zahn fühlen“?

Darüber möchte ich mehr wissen:

Neuzeitliche Vorsorgemaßnahmen ☐ Speicheltest ☐ hochwertige Füllungsmaterialien und Alternativen ☐
Implantate ☐ Bleaching ☐
Hochwertiger Zahnersatz ☐ Parodontitis ☐ schöne Zähne durch professionelle Zahnreinigung ☐
Wie hält man Milchzähne gesund ☐ Kiefergelenkschmerz und Knacken ☐

Wichtige Informationen:

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Bei Präparationsterminen im Zusammenhang mit Kronen und Brücken bitten wir um Absage spätestens fünf Arbeitstage im Voraus. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 bzw. 5 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte **Information** gelesen und verstanden habe.

Datum, Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter
