



## Herzlich willkommen in unserer Praxis

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht -

<b>Patient:</b>	Titel:	weibl.	männl.	divers
Name	Vorname	Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)		
<b>Versichert über:</b>	Titel:	weibl.	männl.	divers
Name	Vorname	Geb.-Dat.: (tt.mm.jjjj)		
<b>Anschrift:</b>				
Straße	PLZ	Ort	Telefon	
<b>Krankenkasse</b> oder Versicherung:				
<b>Beruf:</b>	<b>Arbeitgeber:</b>			
<b>E-Mail:</b>	Für Terminänderung & Erinnerung bitte Handynummer angeben:			

Online-Terminvereinbarung - Rund um die Uhr für Sie da!

Ab sofort können Sie Ihren Zahnarzttermin ganz bequem online buchen - jederzeit und von überall.

Unser Online-Terminservice steht Ihnen 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche zur Verfügung auf

[www.zahnarzt-stock-rath.de](http://www.zahnarzt-stock-rath.de)

Die gesetzliche Krankenkasse bezahlt Ihnen, egal welches Füllungsmaterial gewählt wird,  
( Schmelz-Ätz-Technik, Gold- oder Keramik-Inlays )

**einen Zuschuss in Höhe der entsprechenden Kassenfüllung.**

Lassen Sie sich von uns ausführlich über die alternativen Behandlungsmethoden und die dabei entstehenden Kosten informieren, da sich diese bei der derzeitigen Gesetzeslage ständig ändern können.

**Zahlungsweise:** Unsere Leistungen sind nach Erhalt der Rechnung rein Netto sofort zur Zahlung fällig.

Wir sind bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, dennoch müssen Schmerzpatienten in das Bestellsystem eingebunden werden. Dies kann zu Zeitverzögerung führen.

Wir bitten Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher per Telefon oder E-Mail abzusagen, ansonsten müssen wir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung anteilig in Rechnung stellen!

**BITTE BEANTWORTEN SIE DIE UNTENSTEHENDEN FRAGEN**

**Herz-/Kreislaferkrankungen**

Bluthochdruck	Ja	Nein
Herzklappenfehler	Ja	Nein
Herzklappenersatz	Ja	Nein
Herzschrittmacher	Ja	Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentz.)	Ja	Nein
Herzoperation	Ja	Nein

**Infektiöse Erkrankungen**

Aids	Ja	Nein
Hepatitis	Ja	Nein
	A	
	B	
	C	C
Tuberkulose	Ja	Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja	Nein
Asthma/Lungenerkrankung	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	Ja	Nein
Kreuzfeld-Jakob	Ja	Nein
Drogenabhängigkeit	Ja	Nein
Raucher	Ja	Nein
Nierenerkrankungen	Ja	Nein
Ohnmacht	Ja	Nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeit**

Lokalanästhesie (Spritzen)	Ja	Nein
Antibiotika	Ja	Nein
Cortison	Ja	Nein
Schmerzmittel bzw. Medikamente	Ja	Nein
wenn ja, welche?		
Metalle		
Knirschen Sie?	Ja	Nein
Schnarchen Sie ?	Ja	Nein

Sonstige Erkrankungen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, welcher Monat?

Sind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Ja Nein Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein bzw. zur Zeit?

Anschrift Ihres Hausarztes:

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? Ja Nein

**Wir rechnen mit einem Rechenzentrum ( DZR ) ab.  
Der Vorteil für Sie, es besteht die Möglichkeit der Teilzahlung!  
Bitte sprechen Sie uns an, wir klären Sie gerne auf.**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zeitung

Internet

Empfehlung von:

Datenschutzerklärung:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie für die Behandlungstherapie notwendige Weitergabe an Zahntechnische Labore, Krankenkassen, Kassenzahnärztliche-Vereinigung (KZV) einverstanden.

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

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter