



DR. MED. DENT. JASON INAN
Zahnarztpraxis am Karlstor

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der
Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor,
betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten
eine Rechnung.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert? **ja** [] **nein** []
Privat zahnärztlich zusatzversichert? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail-Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____



Patient: _____

Seite 1

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []

Wenn ja, bitte HbA1c Wert angeben:

Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Krebserkrankung	ja []	nein []
Therapie mit Bisphosphonaten	ja []	nein []
Osteoporose	ja []	nein []
Infektionserkrankung	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Neurologische Erkrankungen	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung oder hatten Sie einen operativen Eingriff in den letzten Jahren?	ja []	nein []

Wenn ja, welche?

Allergien	ja []	nein []
-----------	--------	----------

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

+

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja []	nein []
--	--------	----------

Wenn ja, bei welchen?

Liegt ein Pflegegrad vor?	ja []	nein []
---------------------------	--------	----------

Wenn ja, welchen?

Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
-------------------	--------	----------

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
--	--------	----------



Patient: _____

Seite 2

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Wenn ja, in welchem Monat?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	ja []	nein []
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	ja []	nein []

Sie sind uns wichtig

Dürfen wir Ihnen die Rechnung per E-Mail zusenden?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Ich bin in Kenntnis darüber, dass die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' in der Praxis einsehbar sind. ja [] nein []

Lieber Patient,

wir möchten Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-mail über Ihren Termin benachrichtigen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

Wenn Sie keine Benachrichtigungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Benachrichtigungen wieder aus.

Datum: 20.11.2024

Unterschrift: _____

Lieber Patient, wir sind eine Bestellpraxis.

Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (**das heißt möglichst 48 Stunden vorher**) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ausfallzeiten können nach §§ 615 BGB, 287 ZPO berechnet werden (50 €/30 Minuten).

Datum Unterschrift _____