

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Nur so können wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
--------------------	---------	--------------	------------

Straße	Postleitzahl Wohnort	Beruf
--------	------------------------	-------

Telefon	mobil	Email
---------	-------	-------

selbst versichert **JA** **NEIN** - **wenn NEIN:**

Name des Zahlungspflichtigen	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl Wohnort	

Krankenversicherung

Beihilfeberechtigt?

JA NEIN

Basistarif?

(privat versichert mit eingeschränkten Leistungsansprüchen)

JA NEIN

(bitte Nachweis vorlegen – sonst kann dies nicht berücksichtigt werden)

Erläuterungen dazu können wir Ihnen gerne aushändigen

mein Zahnarzt: _____

mein Hausarzt: _____

Bei Eingriffen an der Haut:

behandelnder Hautarzt: _____

Für Kinder und Jugendliche:

behandelnder Kieferorthopäde: _____

- Ich schließe hiermit mit unten genannter Ärztin einen Behandlungsvertrag ab.
- Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), bzw. nach der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in der jeweils gültigen Fassung. Wir weisen darauf hin, dass die Faktoren für die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung über dem Regelsatz (2,3) bis zum 3,5fachen Satz in Ansatz gebracht werden können. Für Sie kann dies bedeuten, dass Ihnen - abhängig von Ihrem Versicherungsvertrag - ein Selbstbehalt entstehen kann. Die behandelnde Ärztin kann keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.
- Mir ist bekannt, dass das Führen eines Fahrzeuges nach einem operativen Eingriff und nach einer Betäubung nicht verantwortet werden kann.
- Ich versichere, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werkzeuge im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Ich weiß, dass ich diese Bestätigung ganz oder teilweise zurücknehmen kann.

Datum Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

BITTE WENDEN!



DR. DR. STRUNZ | www.strunz.berlin
IHRE PRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE
UND MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

© Dr. Dr. Anette Strunz
empfang@strunz.berlin
Bundesallee 56 – am Bundesplatz | 10715 Berlin
Tel. 030 | 85 75 75 85 Fax 030 | 85 75 75 86

Name des Patienten _____

Vorname _____

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND.

Stehen Sie in ständiger Behandlung? **JA** **NEIN** Wenn ja, welche Krankheit: _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, welche Operation: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche Medikamente? _____
 Bekommen Sie Bisphosphonate?
 Nehmen Sie Blutverdünner?

Besteht eine Allergie auf

Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Allergien: _____

Rauchen Sie?
 Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Für unsere Patientinnen:
 Sind Sie schwanger?
 Stillen Sie?

Haben oder hatten Sie:	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankungen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigung zu Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bitte führen Sie dazu mehr aus: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> auf Überweisung meines Zahnarztes/ Arztes | <input type="checkbox"/> durch das Internet |
| <input type="checkbox"/> auf Empfehlung meines Zahnarztes/ Arztes | <input type="checkbox"/> durch Jameda |
| <input type="checkbox"/> auf Empfehlung von Bekannten/ Verwandten | <input type="checkbox"/> durch _____ |

Was ist Ihr Anliegen bei uns? _____

Ich habe Interesse an einer homöopathischen Begleitbehandlung. JA NEIN

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Datum _____ Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter _____

