



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

Berger Straße 40–42
60316 Frankfurt
Telefon **069 444996**
Fax 069 43054751

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Zähne tun wir alles – das geht aber nur gemeinsam mit Ihnen. Zur guten Mundhygiene gehören regelmäßige Untersuchungen, um möglichen Problemen rechtzeitig auf die Spur zu kommen. Nur so ist es möglich, mit kleinem Aufwand größere Schäden zu verhindern.

Aber, mal ehrlich – wer merkt sich die notwendigen Termine immer vor? Es gibt Angenehmeres ... Deshalb bieten wir Ihnen unseren Service an: Per Brief erinnern wir Sie dann ganz automatisch an die notwendigen Maßnahmen – zwei- bis dreimal jährlich erhalten Sie Post von uns – immer dann, wenn ein Vorsorgetermin oder eine professionelle Zahnreinigung fällig ist.

Wenn Sie diesen Service **nicht** nutzen wollen, kreuzen Sie bitte das Kästchen unten an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Zahnarztpraxis Dr. Dana L. Marian

PS: Bitte beachten Sie, dass wir am Ende des Fragebogens insgesamt **drei Unterschriften** von Ihnen brauchen.

Ich möchte den Erinnerungsservice für Vorsorge und Zahnreinigung **nicht** nutzen.

>>>

Patienten-Fragebogen (ein Fragebogen pro Person; auch für Kinder)

Ihre Antworten helfen Sie uns, Sie gezielt zu behandeln und Risiken zu vermeiden.

Vorname, NAME: _____

geboren am: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ / _____

Telefon geschäftlich: _____ / _____

Beruf: _____

Krankenversicherung:

privat bei _____

Krankenkasse: _____

Mitglied freiwillig versichert Rentner

familienversichert:
Versicherter: _____

geboren am: _____

Name und Adresse des Hausarztes:

Welche Beschwerden oder Wünsche haben Sie zur Zeit?

Sind Sie allergisch?

Nein Ja, gegen _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit?

Nein Ja, gegen _____

Nur für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Nein Ja, im __. Monat

Welche Gesundheitsstörungen bestehen bei Ihnen? (z. B. zu hoher/zu niedriger Blutdruck, Herzleiden, Zuckerkrankheit, Erkrankungen von Lunge, Niere, Schilddrüse, Leber, Magen oder Darm, epileptiforme Anfälle, Blutungsneigung, Hepatitis/Gelbsucht)

HIV positiv? Nein Ja

Nehmen Sie Medikamente (z. B. gerinnungshemmende Mittel)?

Nein

Ja (welche?) _____

Gab es Komplikationen nach Betäubungsspritzen, bei der Zahnentfernung oder sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen? Nein

Ja (welche?) _____

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? Nein Ja

Haben Sie Erkrankungen des Zahnfleisches bemerkt? Nein Ja

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? Nein Ja

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? Nein Ja

Haben Sie öfters Kopf- oder Nackenschmerzen? Nein Ja

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis: Medikamente zur Beruhigung oder zur örtlichen Betäubung können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr für die Dauer von 2 bis 3 Stunden beeinträchtigen. Bitte fahren Sie in dieser Zeit nicht selbst Auto oder Fahrrad.

Wichtig: Wie Sie wissen, übernehmen Krankenkassen nicht alle zahnärztlichen Leistungen. Beispielsweise müssen Sie Mehrkosten für höherwertige Materialien oder nicht abrechenbare Leistungen selbst übernehmen. Auch die professionelle Zahnreinigung wird (für Patienten über 18 Jahre) nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt.

Wir werden Sie bei der Behandlung selbstverständlich immer darauf hinweisen, **bevor** zusätzliche Kosten für Sie entstehen.

Die Abrechnung aller nicht von den Kassen erstatteten Leistungen erfolgt über die Abrechnungsstelle privadis GmbH, Maria Trost 21, 56070 Koblenz. Mit Ihrer Unterschrift unter diese Erklärung stimmen Sie der Übermittlung der zur Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdatum, Leistungsziffern, Beträge, Befunde) an die Abrechnungsstelle zu.

Bitte beachten Sie, dass wir **ohne Ihre Unterschrift** unter diese Einverständniserklärung **nur kassenzahnärztliche Leistungen** erbringen können.

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Vereinbarung: Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren **Termin pünktlich einzuhalten**. Können Sie reservierte Termine nicht einhalten, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Für nicht rechtzeitig abgesagte und nicht eingehaltene Termine **stellen wir Ihnen einen Betrag von 50 Euro in Rechnung**.

Ich bin mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Datum

Unterschrift