

An meine Patienten

Damit Ihre Behandlung in meiner Praxis für Sie möglichst schonend und ohne Komplikationen erfolgen kann, benötige ich einige Informationen über Ihren Gesundheitszustand.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____ Büro: _____

Adresse: _____

Sind Sie Mitglied einer privaten Krankenversicherung?

Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Ja Nein

Bei Familienangehörigen:

Name des Versicherten: _____ geb.: _____

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in einem Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Nehmen Sie ständig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Leiden Sie an einer der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
Bitte **nur Zutreffendes** ankreuzen.

Herz-Kreislaufkrankung Schilddrüsenerkrankung

Zuckerkrankheit Magen-Darm-Erkrankung

Sonstiges _____

Allergie/ Unverträglichkeiten (z.B. Penicillin)

Wenn ja, welche? _____

Name des Hausarztes: _____

Haben Sie in den letzten 10 Jahren Tabletten oder Infusionen im Rahmen einer Osteoporose- oder Krebstherapie erhalten?

Ja Nein

Wünschen Sie eine naturheilkundliche Begleitung Ihrer zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein

Der Berechnung der Honorarleistungen liegt die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 01.01.2012 und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.01.1996 zugrunde.

Mir ist bekannt, dass möglicherweise eine Erstattung der Liquidation durch die Erstattungsstellen (PKV und/oder Beihilfestellen) nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Datum: _____ Unterschrift: _____