



SONWIK - ZAHNÄRZTE

Thomas Bleicken & Daniel Bleicken
Lisa Sonner (angestellte Zahnärztin)

Patient

Name: _____
Straße, Nr.: _____
Tel. / Mobil: _____
Geb. Datum: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Vorname: _____
PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____
Geburtsort: _____
Tel. geschäftlich: _____

Privat versichert

Versicherung: _____
Sondertarif mit Leistungseinschränkung
(z. B. Basistarif): Ja Nein

Gesetzlich versichert

Bonusheft vorhanden: Ja Nein
Kostenerstattungsverfahren vorhanden: Ja Nein
Pflegegrad nach §15 SGB XI liegt vor Ja Nein
Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII
wird geleistet: Ja Nein

Versicherter / gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls abweichend)

Name: _____
Straße, Nr.: _____
Tel. / Mobil: _____
Geb. Datum: _____

Vorname: _____
PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____
Geburtsort: _____

Generelle Schweigepflichtsentbindung gegenüber:

(z. B. Ehegatte/Kinder – Bitte mit Namen und Geburtsdatum angeben)

Erkrankungen Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herz-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> künstl. Herzklappe | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Antibiotikaprophylaxe | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Hepatitis B oder C | <input type="checkbox"/> HIV positiv | <input type="checkbox"/> TBC | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: _____ | | | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ist ein Allergiepass vorhanden: Ja Nein

Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten?

(z.B. von Medikamenten) Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Röntgen am Kopf: Wann und weshalb wurden Sie das letzte Mal geröntgt: _____

Hausarzt: _____
(Name und Ort)

Sind Sie schwanger? Ja, in der _____ Woche Ich bin mir nicht sicher Nein

Recall: Möchten Sie halbjährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden? Nein Ja (SMS) Ja (Anruf) Ja (E-Mail)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Risiken der Anästhesie

Beim Setzen einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Läsion eines Nervis kommen. Entweder des Nervus alveolaris inferior (Bereich der Wange) oder des Nervus lingualis (Bereich der Zunge). Nach verschiedenen Zahnmedizinischen Studien treten Komplikationen zum Beispiel permanente Sensibilitätsstörung oder Geschmacksstörung nur selten auf. QUELLE: Ausgabe 09/2011 Seite 81 ID 108865 Zahnärzte Wirtschaftsdienst

Hinweis zur Krankenversicherungskarte

Wenn Sie Ihre Krankenversicherungskarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnet werden müssen.

Hinweis zur Terminvereinbarung

Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Wir weisen darauf hin, dass gemäß Rechtsprechung nicht eingehaltene Termine (dadurch verursachte Ausfallzeiten) kostenpflichtig sind, es sei denn, das Nichterscheinen ist nachweislich unverschuldet. (Vergütung bei Annahmeverzug, §§ 304, 615 BGB u. §611, 615 Satz 1 BGB).

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Das schließt Daten mit ein, welche der BFS Health finance GmbH, zur Verfügung gestellt werden. Ihre gespeicherten Daten bei der BFS Health finance GmbH können jederzeit widerrufen werden. Zu jedem Zeitpunkt können Sie sich über die personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Nutzen der Datenverarbeitung informieren und unentgeltlich eine Korrektur, Sperrung oder Löschung dieser Daten verlangen.

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

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzlicher Vertreter)