



# SONWIK - ZAHNÄRZTE

Thomas Bleicken & Daniel Bleicken

Lisa Sonner (angestellte Zahnärztin)

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Privat versichert

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

### Gesetzlich versichert

Bonusheft vorhanden:  Ja  Nein  
Kostenerstattungsverfahren\* vorhanden:  Ja  Nein  
\*Privatbehandlung bei gesetzlicher Versicherung

## Versicherter / gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ 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!

keine Erkrankungen  Herz-Erkrankungen  künstl. Herzklappe  Herzschrittmacher  
 Bluthochdruck  Gerinnungsstörung  Schlaganfall  Antibiotikaphylaxe  Schilddrüsenerkr.  
 Epilepsie  Diabetes  Asthma  Rheuma  Krebserkrankung  
 Suchterkrankungen  psychische Erkrankung  Hepatitis B oder C  HIV positiv  TBC  
 sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben Sie allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten (z.B. von Medikamenten):**  Nein  Ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ist ein Allergiepass vorhanden:  Ja  Nein

**Name Ihres Hausarztes:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Röntgen am Kopf:** Wann und weshalb wurden Sie das letzte Mal geröntgt: \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**  Ja, in der \_\_\_\_\_ Woche  ich bin nicht sicher  Nein

**Recall:** Möchten Sie 1/2 jährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  Nein  Ja, (SMS)  Ja, (Anruf)  Ja, (Mail)

### Risiken der Anästhesie

Beim Setzen einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Läsion eines Nervs 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 Health AG, zur Verfügung gestellt werden. Ihre gespeicherten Daten bei der Health AG 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