

Liebe Patienten,

um Ihre Behandlung optimal auf Sie abzustimmen, benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und aktuellen Beschwerden. Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite aus und beachten Sie die ergänzenden Hinweise. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und unserer Schweigepflicht.

Sollten Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns!

<p>Patient/in</p> <hr/> <p>Name</p> <hr/> <p>Vorname, Titel</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Straße, Hausnummer</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Telefon/Mobil</p> <hr/> <p>Zahnarzt</p> <p>Welche Behandlung wünschen Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnstellung (Engstand, Lücken)</p> <p><input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung Prothetik</p> <p><input type="checkbox"/> Knirschen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	<p>Versicherte/r</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/in (über 18 Jahre) ist Versicherte/r</p> <hr/> <p>Name</p> <hr/> <p>Vorname, Titel</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Straße, Hausnummer</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Telefon/Mobil</p>	<p>2. Elternteil</p> <p><input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger für Mehr-/Zusatzleistungen</p> <hr/> <p>Name</p> <hr/> <p>Vorname, Titel</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Straße, Hausnummer</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Telefon/Mobil</p>
<p>Krankenversicherung</p> <p>Krankenversicherung _____</p> <p>Beihilfestelle _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Privat versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Basistarif</p> <p><input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt</p>		

Angaben zur allgemeinen Gesundheit – Bitte teilen Sie uns Änderungen unverzüglich mit!

Bitte teilen Sie uns mit, an welchen **Vorerkrankungen, Allergien** Sie bzw. der/die Patient/in leiden, um die Behandlung an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Bitte spezifizieren Sie in den Bemerkungen Ihre genaueren Diagnosen.

<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (bitte in Bemerkungen angeben)	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen (bitte in Bemerkungen angeben)	<input type="checkbox"/> Röntgen im Kopfbereich in den letzten 12 Monaten
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen		<input type="checkbox"/> Kieferorthopädische Behandlung in der Vergangenheit
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen		
<input type="checkbox"/> Allergien		
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen		
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen		
<input type="checkbox"/> Osteoporose		
<input type="checkbox"/> Rheuma		
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen (Epilepsie)		

Bemerkungen (bei Erkrankungen bitte Hausarzt angeben):

Bitte teilen Sie uns mit, welche **Medikamente** Sie regelmäßig einnehmen (insbesondere Medikamente gegen Krebs, Osteoporose, Bisphosphonate):

Bitte wenden -> Seite 2

Hinweis zur Krankenversicherungskarte

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis benötigen. Sollten Sie Ihre Versicherungskarte vergessen, bringen Sie diese bitte schnellstmöglich nach. Sollte uns die Versicherungskarte bis spätestens 14 Tage nach der Behandlung nicht vorliegen, so erhalten Sie eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) und die Kosten können nicht mit Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Hinweis zur Terminvereinbarung

Da unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird und wir damit möglichst lange Wartezeiten verhindern wollen, bitten wir Sie, Ihre vereinbarten Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bei Notfällen (z.B. Draht sticht) bitten wir Sie kurz in der Praxis anzurufen, um einen kurzfristigen Termin zu vereinbaren. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir längere Wartezeiten leider nicht ausschließen können, wenn Sie ohne Termin in die Praxis kommen.

Information für Privatversicherte und Patienten mit privater Zusatzversicherung

Die Rechnungstellung erfolgt auf der gesetzlichen Grundlage der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte). Private Versicherungen und Zusatzversicherungen orientieren sich mit Ihren Angeboten/Verträgen an der GOZ, übernehmen diese jedoch nicht immer vollständig. Deshalb treten gelegentlich „Erstattungslücken“ auf. Wir versuchen Sie bestmöglich bei der Rechnungserstattung zu unterstützen, in einigen Fällen werden Ihnen jedoch nicht alle Leistungen erstattet.

Zur Abklärung der Kostenübernahme erhalten Sie von uns einen Kostenvoranschlag, den Sie mit Ihrer Versicherung abstimmen sollten. Überschreitungen des 3,5 fachen GOZ-Satzes werden wir mit Ihnen gesondert vereinbaren.

Information für Privatversicherte im Basistarif

Als Versicherte/r im Basistarif einer privaten Krankenversicherung müssen Sie uns dies VOR Behandlungsbeginn mitteilen. Bei fehlender oder verspäteter Mitteilung werden die entstehenden Kosten zur regulären Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung gestellt.

Datenschutz

- Ich bestätige, dass mir die Datenschutzhinweise für Patienten (und andere Betroffene) ausgehändigt wurden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben (Seite 1) sowie die Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis mit den aufgeführten Erklärungen, Informationen und Hinweisen (Seite 2).

Nachträgliche Änderungen teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in
bzw. des Erziehungsberechtigten (bei Patienten unter 18 Jahren)

Einwilligung zur Datenübermittlung per SMS zur Terminerinnerung

- Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich SMS Terminerinnerungen von der Praxis Dr. Michael Uecker erhalte.

Die Terminerinnerungen sollen per SMS an die folgende Mobilfunknummer gesendet werden:

Mobilfunknummer

Unterschrift des/der Patienten/in
bzw. des Erziehungsberechtigten (bei Patienten unter 18 Jahren)

Wir weisen darauf hin, dass diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen werden kann. Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise für Patienten (und andere Betroffene) zu Ihrem Widerspruchsrecht nach Art. 7 Abs 3 EU-DSGVO.