

# DR. MED. DENT. WOLFRAM KUIFF

## IHRE ZAHNARZTPRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE - ÄSTHETIK - PROPHYLAXE

### Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, das Sie zur Zahnbehandlung in meine Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB v (Kostenerstattung).

Patient/in  
Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

Beruf des Patient/in

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	Telefon / mobil

Mitglied/  
Zahlungsberechtigte/r  
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	e-mail

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

Beruf des Mitgliedes

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	Telefon / mobil

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	e-mail

Name des Kostenträgers  
(Krankenkasse oder Versicherung)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert                                      | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                                 |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-versicherte/r gemäß § 257 Abs. 2a SGB V. | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |   |   |

Bitte Rückseite beachten !

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit !

### Einige ärztliche Fragen :

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> TBC                         |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit          | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten            |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen         | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)   |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion            |  |

nein      ggf. (seit) wann ?

b)  Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

nein      wenn ja, welche

c)  Herzinfarkt  
Nehmen Sie Marcumar ?

ja     nein

Schlaganfall

nein

Lähmungen

nein

ggf. wann ?

d) Blutdruck

niedrig

normal

hoch

ggf. werte ?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?

ja     nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?

ja     nein

ggf. welche ?

4. Besteht eine Schwangerschaft

ja     nein

ungewiss

ggf. wievielte Woche

5. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

### Einige zahnärztliche Fragen :

6. Haben Sie derzeit Beschwerden ? Wenn ja, welche ?

7. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ?

ja     nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

8. Haben Sie einen Röntgenpass ?

ja     nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung ?

9. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert  ja     nein

10. Möchten Sie schriftlich an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden ?

ja     nein

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r