

Verehrter Patient,

in der DENTINIC Privatklinik der Zahnmedizin & Ästhetik vertrauen Sie sich einem mehrfach zertifizierten Team von Ärzten und Zahnärzten, sowie einem zertifizierten Dentallabor an. Höchste Ansprüche an Qualität und Ästhetik garantieren ein optimales Ergebnis.

Nach unserer Überzeugung ist Ihr Vertrauen die Grundvoraussetzung für den nachhaltigen Behandlungserfolg. Für dieses Vertrauen ist entscheidend, dass Sie jeden der an Ihnen vorgenommenen Behandlungsschritte verstehen. Falls je etwas unklar sein sollte: scheuen Sie sich nicht uns zu fragen. Wir freuen uns sehr, Sie auf dem Weg zu Ihrem natürlich schönen Lächeln begleiten zu dürfen.

Bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrer Erstbehandlung gewissenhaft aus und geben Sie es bei unseren Mitarbeiterinnen am Empfang ab, die Ihnen auch bei Fragen zum Formular gern zu Hilfe kommen.

Angaben zum Patienten

.....
Vorname, Name

.....
Adresse

.....
Geburtsdatum

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Beruf

.....
Telefonnummer (tagsüber)

Versicherungsnehmer (falls abweichend)

.....
Vorname, Name

.....
Adresse

.....
Geburtsdatum

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Beruf

.....
Telefonnummer (tagsüber)

Angaben zur Versicherung

.....
Krankenversicherung (privat)

.....
Versichertennummer

.....
Krankenkasse (gesetzlich)

.....
ggf. Zahnzusatzversicherung

Erreichbarkeit vor Ort (bei Ortsfremden)

.....
Adresse

.....
Telefonnummer

Erinnerung an Nachsorge- und Kontrolltermine

Nach umfangreichen Behandlungen (prothetische Arbeiten, Implantate, etc.) sind regelmäßige Kontrolltermine unerlässlich. Wir erinnern wir Sie gern an diese Termine. **Ich möchte nicht erinnert werden.**

Medizinische Angaben (Anamnese)

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig. Die wahrheitsgemäße Auskunft dient sowohl Ihrer als auch unserer Sicherheit und ist medizinisch dringend erforderlich.

Leiden Sie derzeit an Störungen ... *

- des Kreislaufs?
z.B. Herzinfarkt, Endocarditis, Bluthochdruck
- des Magens?
z.B. Magenschleimhautentzündung, Geschwür
- der Augen?
z.B. Grauer Star, Glaukom
- der Blutgerinnung?
z.B. Hämophilie, Medikamenteinnahme

Leiden Sie ferner an ... *

- inneren Krankheiten?
z.B. Diabetes, Leber, Niere
- Infektionskrankheiten?
z.B. TBC, Hepatitis, HIV
- Allergien?
z.B. Asthma, Jod, Nickel
- Arzneiüberempfindlichkeit?
z.B. Penicillinallergie
- Epilepsie?

Möchten Sie unser psychologisches Programm
für Angspatienten nutzen?

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Überweisung/Empfehlung eines Kollegen
- Empfehlung aus Familie/Freundeskreis
- Suche im Internet
- Gesundheitsportal/-verzeichnis im Internet
- Anzeige in Printmedium
- Messeaktivität
- Sonstiges:

Bitte konkretisieren Sie die zutreffenden Punkte der nebenstehenden Fragen.

Falls Sie zur Zeit Medikamente einnehmen: welche sind das und weshalb wurden sie verordnet?

Besteht im Augenblick eine Schwangerschaft?
Falls ja, in welcher Woche/welchem Monat?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wie ist Ihr erster Eindruck unserer Klinik?

Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge?

Bitte unbedingt lesen!

Üblicherweise werden von uns erbrachte Leistungen über ein Rechenzentrum abgerechnet. Das Rechenzentrum gewährleistet eine sachgemäße und datenschutzgerechte Bearbeitung der Liquidation, erteilt Auskünfte und unterstützt Sie gegebenenfalls bei Erstattungsproblemen seitens Ihrer Versicherung. Nähere Informationen zur Abrechnungsgesellschaft finden Sie auf einem gesonderten Blatt. Sollten Sie eine andere Abrechnungsweise wünschen, teilen Sie uns dies bitte frühzeitig mit.

Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Wahrnehmungs- und reaktionsvermögen durch Behandlungen unter Betäubung (auch bei Lokalanästhesie) gemindert werden können. Von der Teilnahme am Straßenverkehr sollte abgesehen werden, bis die Betäubung vollständig abgebaut wurde (mindestens drei Stunden).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. des Vertretungsberechtigten)

Seite 2 von 2