



Anamnesebogen und Behandlungsvertrag für Privatpatienten

PATIENT		
Name:.....	Vorname:.....	geb.:.....
Strasse:.....		
PLZ:.....	Ort:.....	Telefon privat:.....
Fax privat:	E-Mail:.....	
Tel. geschäftl.:.....	Mobiltelefon:.....	
Arbeitgeber:.....	Beruf:.....	

VERSICHERTER (nur wenn anders als oben)		
Name:.....	Vorname:.....	geb.:.....
Strasse:.....		
PLZ:.....	Ort:.....	Telefon privat:.....
Arbeitgeber:.....	Beruf:.....	
Bankverbindung für mögliche Erstattungsleistungen: Konto –Nr:		
BLZ:.....	Name der Bank:.....	

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und der Praxis für Zahnheilkunde Casadent – Andreas Zschache wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Herr Andreas Zschache kann mit Zustimmung des/der Patientin/Patienten die Leistungen auch von anderen Zahnärzten der Praxis durchführen lassen. Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ).

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

in der nachfolgend genannten Versicherung privat krankenversichert zu sein:

Name der Versicherung:.....

nicht krankenversichert zu sein

dass eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.

Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung oder Beihilfe haftet der Patient persönlich für die Kosten der Behandlung und für die dafür erforderlichen Material- und Laborkosten. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei. Einige Versicherungen / Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die zahnärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen. Materialkosten werden in der Rechnung spezifiziert; Laborkosten werden durch die Rechnung des erstellenden Labors nachgewiesen. Auf Wunsch des Patienten werden für geplante Behandlungen Heil- und Kostenpläne erstellt.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

Berlin, den
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

Intern: ausgewiesen durch Versichertenkarte Dokument: No.:

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **fett gedruckten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **kursiven Fragen** **freiwillig** – je mehr wir über Sie wissen, desto besser können Sie behandelt werden.

Name:..... Vorname:.....

Alter.....

Meine Ernährung ist „normal“ gesund und ausgewogen Diät

Rauchen Nichtraucher 0 - 10 Zigaretten pro Tag über 10 Zigaretten

Alkohol Ich trinke sehr selten /keinen Alkohol Ich trinke manchmal Alkohol Ich trinke häufiger Alkohol

Medikamente Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein

Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel, Pille an

.....
 Ich nehme keine Medikamente

Erkrankungen Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen:

Ich leide an folgenden Krankheiten:

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer

Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

OPs im Kopf-/Halsbereich:.....

Allergien gegen:

Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma) Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker)

Schilddrüsenerkrankungen Hauterkrankungen

Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)

Gemütsleiden, Depressionen Erkrankungen des Skelettsystems

Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV) Herzerkrankungen

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ich stille gerade Menopause

Einige weitere Fragen

Ich wurde das letzte Mal an den Zähnen geröntgt im Jahre

Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden

Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal

Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal

Ich schnarche oft nie manchmal weiß nicht

Ich beobachte Zahnlockerung oder habe schon Zähne durch

Parodontose verloren: ja nein weiß nicht

Ich knirsche mit den Zähnen oder habe manchmal verspannte Kaumuskel ja nein

Ich wünsche eine spezielle Beratung über

Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm

Ernährung

Füllungsalternativen Kiefergelenksbehandlung Implantate Kinderuntersuchung

Leistungen bei Schwangerschaft Schönheit meines Lächelns Schnarchtherapie

Ich komme auf Überweisung Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Gesundheitscheck-Termine erinnert werden ja nein

ausgefüllt am:..... von:.....