

Diese Seite bitte auch ausfüllen.



Dr. med. dent. Simone
BRUNZEL &
Dr. med. dent. Ulrich
KARWACIK
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Patient/in Name, Vorname: _____

Ausfall-Pauschale

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, d.h. dass die vereinbarte Zeit **ausschließlich für Sie reserviert** ist und Ihnen dadurch in der Regel Wartezeit erspart wird.

Wir bitten Sie daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. falls erforderlich, die Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen.

Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden nach § 615 Satz 1 BGB als Ausfall-Pauschale in Rechnung gestellt, und zwar mit 60,- € pro halber Stunde. Die Geltendmachung eines höheren betriebswirtschaftlichen Schadens bleibt vorbehalten.

Dies gilt nicht bei nachweislich unverschuldetem Nichterscheinen bzw. nachweislich unverschuldet unterbliebener Absage.

Zur Kenntnis genommen.

Preetz, den

Unterschrift Patient/in **X**

Datenschutzerklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Verantwortlich für den Datenschutz in unserer Praxis sind Dres. Brunzel und Karwacik. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht in der Praxis bereit.

- ☐ Ich stimme zu, dass im Rahmen einer Mit- bzw. Weiterbehandlung Röntgenbilder zur Vermeidung unnötiger Strahlenbelastung und Arztbriefe an den weiterbehandelnden Zahnarzt / Arzt / Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen gesendet werden dürfen.
- ☐ Gesetzlich Versicherte: Ich stimme zu, dass im Falle eines geplanten Zahnersatzes oder bei bewilligungspflichtigen Wiederherstellungsmaßnahmen der Heil- und Kostenplan durch die Praxis zur Genehmigung an die Krankenkasse geschickt werden darf.

Diese Zustimmungen kann ich jederzeit widerrufen.

Zur Kenntnis genommen.

Preetz, den

Unterschrift Patient/in **X**

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Zunächst erbitten wir uns neben Ihren Personalien
auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesund-
heitszustand. Wir bitten, die folgenden Fragen
gewissenhaft zu beantworten, damit wir Sie risikoarm
und medizinisch bestmöglich behandeln können.



Implantologie
Prothetik
Parodontologie
Prophylaxe

Dr. med. dent. Simone
BRUNZEL &
Dr. med. dent. Ulrich
KARWACIK
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Patient/in Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Versicherte/r Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Anschrift: _____	Telefon: _____
Versichert bei: _____	Handy: _____
Beruf: _____	

	ja	nein
Ich komme durch Empfehlung von: _____		
Haben Sie Interesse an unserem Prophylaxe-Programm (professionelle Zahnreinigung)?	☐	☐
Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?	☐	☐
Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese)		
Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Name Hausarzt, Telefon: _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Bluten Sie lange nach einer Verletzung?	☐	☐
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen?	☐	☐
Hatten Sie jemals:		
eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? (z.B. Penicillin, Jod etc.)	☐	☐
Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z.B. niedriger oder hoher Blutdruck)?	☐	☐
Rheumatisches Fieber, Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen?	☐	☐
Lebererkrankungen (Gelbsucht)	☐	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit). Wenn ja, HbA1c von: _____	☐	☐
Atemwegserkrankungen?	☐	☐
Nierenerkrankungen?	☐	☐
Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, Aids, Geschlechts-erkrankung)?	☐	☐
Wurden oder werden Ihnen Bisphosphonate verabreicht (z.B. bei Chemotherapie, Osteoporose)?	☐	☐
Wurden oder werden Sie im Mund-, Kiefer-, Gesichts- oder Halsbereich bestrahlt?	☐	☐
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	☐	☐
Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? _____	☐	☐
Ich habe zur Kenntnis genommen, dass durch Betäubungsspritzen die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden kann.	☐	

Preetz, den _____	Unterschrift X
-------------------	-----------------------

Hinweis für Privatpatienten

Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Erstattung durch Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen richtet sich nach Ihrem individuellen Versicherungsvertrag und den Beihilfevorschriften. Für den Fall, dass die Krankenversicherung oder Beihilfestelle die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, erklärt der Patient, die Kosten selbst zu tragen. Wir stellen Ihnen gerne einen Heil- und Kostenplan auf, wenn Sie sich vor der Behandlung dort über die Höhe der Erstattung informieren möchten. Falls Sie dies wünschen, sprechen Sie uns bitte an.

Preetz, den _____

Unterschrift Privatpatient/in **X**