

# Praxis für Zahnheilkunde

DR. MED. DENT. CHRISTOPH M.S. MÖHRLE

## Zahnarzt

NYMPHENBURGERSTRASSE 79 80636 MÜNCHEN TELEFON 089-1234505 TELEFAX 089-12789067  
WWW.PRAXIS-DR-MOEHRLE.DE

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in meine Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet in der Regel für Sie nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Wir werden Sie dann rechtzeitig darüber informieren und bitten um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte 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 versicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Versichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden.

Patient  
Name ----- Vorname ----- Geburtsdatum -----

Anschrift  
Strasse/Hausnummer ----- Telefon/Mobil -----

Postleitzahl/ Ort ----- Email -----

Mitglied/  
Zahlungspflichtiger  
(wenn abweichend)  
Name ----- Vorname ----- Geburtsdatum -----

Strasse/ Hausnummer ----- Telefon/Mobil -----

Postleitzahl/ Ort ----- Email -----

Name des Kostenträgers  
Krankenkasse oder Versicherung -----

- Ich bin pflichtversichert     Ich bin freiwillig versichert     Ich bin privat zusatzversichert     Ich habe Kostenerstattung  
 Ich bin privat versichert     Ich bin Beihilfe versichert     Ich bin im Basistarif versichert

Beruf des Mitglieds ----- Arbeitgeber -----

Schüler/ Student

Anschrift des Arbeitgebers  
Strasse/ Hausnummer ----- Telefon -----

Postleitzahl/ Ort ----- Email -----

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? -----

### Unkostenausgleich bei nicht eingehaltenen Terminen

Wie Sie an unseren kurzen Wartezeiten merken werden, sind wir stets bemüht, Termine gut abzusprechen und genau passend für Sie Zeit zu reservieren. Dies bedeutet jedoch bei einer kurzfristigen Absage, dass in dieser Zeit kein anderer Patient behandelt werden kann. Da die Krankenversicherungen nur erbrachte Leistungen bezahlen, stellen wir Ihnen nach §611 ff, insbesondere §615 Abs. 1 BGB, bei weniger als 24 Stunden vorher abgesagten Terminen einen Betrag von 80,- pro halbe Stunde eingeplante Termindauer privat in Rechnung. Daher sagen Sie bitte Ihre Termine rechtzeitig ab, Sie helfen uns damit, die gewohnten kurzen Wartezeiten beizubehalten. Ich habe die Regelung zum Unkostenausgleich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

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

1. Haben / Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten

- Asthma/(schwere Atemnot)
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Rheuma
- Bluterkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV – Infektion
- Tumor

- Lebererkrankungen
- Tuberkulose
- Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Schilddrüsenerkrankung
- Niereninsuffizienz
- Osteoporose

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien Nein

Wenn ja, welche? .....

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Lähmungen

Nehmen Sie Marcumar oder Comadin?

Ja

Nein

Wenn ja, wann? .....

Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

Niedrig

Normal

Hoch

Ggf. Werte? .....

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Bekommen Sie regelmäßig eine Infusion?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Erhalten Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Ungewiss

5. Sonstige Angaben/ Andere Krankheiten

.....

6. Sind Sie Raucher?  Ja  Nein

Wenn ja, wieviel rauchen Sie? .....

7. Haben Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Fragen Sie an unserer Rezeption nach, wir stellen Ihnen gerne einen aus.

8. Ich bin im Rahmen der Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung) an dem Recall-Programm interessiert

Wenn ja, wie dürfen wir Sie anschreiben?

Ja  
 E-Mail

Nein  
 Brief

Weitere Informationen erhalten Sie ebenfalls an der Rezeption.

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter