

Herzlich Willkommen in unserer Praxis



Zahnärzte
Dr. Schrott & Partner
Kompetenz durch Spezialisierung

Patient: Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon / Fax

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon / Fax

Email Adresse Krankenkasse oder Krankenversicherung

Sind Sie bei Ihrer Krankenkasse freiwillig versichert? Ja Nein

Standardtarifversicherung bei privat versicherten Patienten? Ja Nein

_____ Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Zusatzversicherung

Beruf Arbeitgeber Telefon

Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versicherungskarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorganes?

Wünschen Sie lediglich eine Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden?

Wünschen Sie eine besondere Beratung über folgende Bereiche?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontoseprophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> Goldfüllungen |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | <input type="checkbox"/> Parodontosebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlungen | |

Termine die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten Kosten in Rechnung gestellt werden können.



Zur Vermeidung von Komplikationen während der Behandlung bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens:

Herz & Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
oder _____

Atemwege & Lunge

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
oder _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombose
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern

Skelettsystem & Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken (auch ohne Verletzung)
bzw. nach leichter Berührung

Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Gelbsucht
- Gallensteine
oder _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt? Ja

Wegen welcher Erkrankung? _____

Wann? _____ Mit welchem Präparat? _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- dialysepflichtig
oder _____

Magen & Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
oder _____

Nerven & Gemüt

- Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände oder
oder _____

Allergien

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuh)
- Metalle
- Antibiotika
- Allergiepass vorhanden
oder _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- „Antibabypille“
- Antidiabetika
welche _____

Immunschwäche

- Zustand nach
Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung
- Blutkrebs
oder _____

Antibiotika in den letzten 3 Monaten Ja Nein

Andere Erkrankungen oder Behinderung (z.B. Tumorerkrankungen)

Ständige ärztliche Behandlung Weshalb _____

Letzte zahnärztliche Untersuchung Wann _____

Ungewöhnliche Reaktion auf zahnärztliche Behandlung, z.B. bei

- Spritzen
- Medikamenten



Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger?
- Welche Schwangerschaftswoche?
- Rauchen Sie?
- Wie viel durchschnittlich pro Tag?
- Haben Sie das Rauchen aufgehört?
- Vor wie viel Monaten / Jahren?
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- Regelmäßig? Wie viel? _____

Gerinnungshemmende Medikamente

- Dauerhaft / vor kurzem z.B. Aspirin / ASS
- Marcumar / Phenprocoumon
- Plavix / Iscover / Clopidogrel
- Ticlopidin
oder _____

Auffälligkeiten Mund-, Zahnbereich

- temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnsperre in der Vergangenheit
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung oder _____
- Zahnarztbesuch wegen:
 - Zahnlockerung
 - Zahnfleischbeschwerden
- Welche Behandlung _____
- „Parodontose“ – Behandlung durchgeführt wann _____

Mein Hausarzt (Name und Adresse)

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____ in Behandlung.

Name und Adresse

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum

Unterschrift

Behandlungsvertrag über privatärztliche Behandlung

1. Herr Dr. Schrott übernimmt ab dem _____ die privatärztliche Behandlung. Die Behandlung wird von Dr. Rüdiger Schrott, Dr. Alexander Schrott, Dr. Nicola Ertelt, Dr. Philipp Zeller, Dr. Rüdiger Ablas, ZÄ Jasmin Göhring erbracht.
2. Die Rechnungsstellung erfolgt nach Abschluss der Behandlung. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). In der Regel liegt die Berechnung zwischen dem 1.0 bis 3.5fachen Satz. Bei der Überschreitung des 2.3fachen Satzes muss der Zahnarzt eine Begründung auf der Rechnung angeben.
3. Der Umfang etwaiger Erstattungsansprüche gegenüber Krankenversicherungen oder Beihilfestellen hat keinen Einfluss auf die Höhe des berechneten Entgeltes.
4. Zur Entlastung des Verwaltungsaufwandes arbeiten wir zusammen mit dem **BFS finance**, einem Rechenzentrum. Die Abrechnungsstelle erteilt Ihnen die gewünschten Auskünfte im Zusammenhang mit der Rechnung und unterstützt Sie bei eventuellen Erstattungsproblemen. Bitte erklären Sie durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu diesem Behandlungsvertrag.

Datum

Unterschrift

