



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre **zahnmedizinischen Wünsche** unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über **Ihren allgemeinen Gesundheitszustand**. Dies ist wichtig für eine **adäquate** und **risikofreie** Behandlung. **Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**. Dieser Fragebogen ist eine **wichtige Information** für uns als Ihre behandelnden Zahnärzte. Bitte füllen Sie nachstehende Angaben zu Ihrer Person möglichst leserlich aus und beantworten Sie unsere Fragen in Ihrem eigenen Interesse möglichst genau! Herzlichen Dank!

Name/Vorname **Patient**

Geburtsdatum

Name/Vorname **Mitglied**

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Krankenkasse/Versicherung

Arbeitgeber/Beruf

Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Telefon privat

Telefon mobil

e-mail Adresse

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Name/Anschrift des Arztes

Auf wessen Empfehlung hin kommen Sie?

Da wir eine sogenannte „**Bestellpraxis**“ sind, möchten wir Ihnen an dieser Stelle folgende Hinweise zu unserer **allgemeinen Praxis-Organisation** geben: Wir werden, falls erforderlich, gleich **mehrere Termine** für Sie reservieren; dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und **wir sind am vereinbarten Termin NUR für SIE da!** Denn: Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir **nicht eingehaltene Termine** nach GOZ **berechnen** müssen, falls diese nicht **24 Stunden zuvor abgesagt** wurden!

Wünschen Sie unser halbjährliches Erinnerungsschreiben („**Patientenrecall**“)? ja nein

Wünschen Sie, per SMS einen Tag vorher an **Ihren Termin erinnert** zu werden? ja

Wünschen Sie insbesondere über unser **intensives Prophylaxeprogramm** informiert zu werden? ja nein

1 Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

2 Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt?

3 Haben Sie Schmerzen/Verspannungen im Mund oder Kopfbereich?

nein

ja

4 Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten beobachtet?

nein

ja

5 Haben Sie einen metallischen Geschmack im Mund?

nein

ja



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls Sie mit Ja antworten, machen Sie bitte ggf. auch ergänzende Angaben. Danke!

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------|
| 6 Allergie/Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| Allergiepass? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 7 Atemwegserkrankungen (Asthma) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8 Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 9 Diabetes (Blutzuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 10 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 11 Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 12 Grüner Star (erhöhter Augendruck) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 13 Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14 Herz-Kreislauf-Erkrankungen | | | |
| 14.1 Herzinfarkt/Apoplex (Hirninfarkt) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14.2 Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14.3 Herzklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14.4 erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 14.5 verminderter Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 15 Infektionskrankheiten | | | |
| 15.1 Hepatitis (Lebererkrankung/Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 15.2 AIDS (Immunmangel-Syndr., HIV-positiv) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 16 Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 17 Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 18 weitere nicht genannte Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 19 frühere Operationen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche? | _____ |
| | | | |
| 20 Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche? | _____ |
| (z.B. Blutverdünner, Psychopharmaka, Bisphosphonate o.ä.) | | | |
| 21 Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Allgemeine Geschäftsbedingungen:

(Personenbezeichnungen stehen im Folgenden sowohl für die männliche als auch weibliche Bezeichnung(sform))

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Diese AGB gelten, soweit nichts Anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten.
- (2) Zahnarzt im Sinne der Allgemeinen Geschäftsbedingungen ist auch die Berufsausübungsgemeinschaft mehrerer Zahnärzte.
- (3) Sollte der Behandlungsvertrag mit einer anderen Person als dem Patienten abgeschlossen werden, gelten die Regelungen für diese in gleicher Weise.

§ 2 Rechtsverhältnis

Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur. Bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten finden darüber hinaus auch die Vorschriften der vertragszahnärztlichen Versorgung Anwendung.

§ 3 Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz

- (1) Die zahnärztliche Dokumentation, insbesondere Patientenkarateien, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, ist Eigentum des Zahnarztes.
- (2) Der Patient oder ein von ihm Bevollmächtigter hat Anspruch auf Einsicht in die zahnärztliche Dokumentation und Anspruch auf Auskunft. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht. Auf Verlangen können Kopien der schriftlichen Dokumentation gegen Kostenerstattung überlassen werden.
- (3) Abweichend von Abs. 2 ist die vorübergehende Überlassung von Originalunterlagen, insbesondere von Röntgenaufnahmen, an einen vom Patienten bevollmächtigten Rechtsanwalt möglich, soweit nicht überwiegende Interessen des Zahnarztes entgegenstehen. Vor der

Verwendung sind die hierdurch entstehenden Auslagen zu erstatten und der Erhalt der Aufzeichnungen ist zu quittieren. Die Überlassung kann bis zum Ausgleich der Auslagen verweigert werden.

(4) Die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Daten, einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 4 Ausfallhonorar

- (1) Die vereinbarten Behandlungstermine sind Fixtermine. Die Behandlungszeiten werden allein für den Patienten frei gehalten.
- (2) Soweit der Termin durch den Patienten nicht wahrgenommen werden kann, hat dieser die Zahnarztpraxis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin über die Verhinderung in Kenntnis zu setzen.
- (3) Soweit der Patient dem nicht nachkommt, hat er an den Zahnarzt einen Betrag von EUR 200,- pro ausgefallener Behandlungsstunde als pauschalierten Schadenersatz zu bezahlen.
- (4) Der Schadenersatzanspruch entfällt, wenn der Patient unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert war.
- (5) Dem Patienten steht es darüber hinaus frei nachzuweisen, dass dem Zahnarzt kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

§ 5 Zahlungsregelungen

- (1) Der Patient wird vor Behandlungsbeginn über die zu erwartenden Gesamtkosten, bzw. Eigenanteile und Mehrkosten bei gesetzlich versicherten Patienten, informiert.
- (2) Der Zahnarzt kann bei privat versicherten Patienten vor Behandlungsbeginn die Zahlung eines Vorschusses bis zu 100 % der zu erwartenden Auslagen (Material- und Laborkosten) verlangen.

- (3) Mit Zugang der Rechnung wird die Zahlung fällig.
- (4) Der Patient kommt nach einer Mahnung, spätestens aber 14 Tage nach Rechnungszugang in Verzug. Ab diesem Zeitpunkt wird der Rechnungsbetrag mit fünf Prozent über dem Basiszinssatz, oder einem höheren, tatsächlich vom Zahnarzt bezahlten Zinssatz verzinst. Für jede Mahnung werden zusätzlich EUR 5,- Auslagen zu erstatten und der Erhalt der Aufzeichnungen ist zu quittieren. Die Überlassung kann bis zum Ausgleich der Auslagen verweigert werden.
- (5) Die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Daten, einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 6 Abtretungsverbot

Die Abtretung von nicht rechtskräftig festgestellten oder bestrittenen Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis ist ausgeschlossen, soweit der Zahnarzt dieser nicht vorher zustimmt.

§ 7 Haftungsbeschränkung

- (1) Für Schäden an eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben und an Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Grundstück der Praxis abgestellt werden, haftet der Zahnarzt nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Gleiches gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen.
- (2) Für Garderobe des Patienten, welche er in den Praxisräumen ablegt, wird keine Haftung übernommen.

§ 8 Schlussbestimmungen

Sollten Bestimmungen dieser Agb unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Hiermit erkläre ich mich mit den AGB einverstanden.

Datum/Unterschrift