



ZAHNÄRZTLICHE PRAXISKLINIK BALINGEN

DR. ENRICO TRENKLER & DR. PATRICK SULZ

Herzlich willkommen in unserer Praxisklinik!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team der zahnärztlichen Praxisklinik Balingen!

Patient Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
---------------------------	------	---------	------

Versicherter	Name	Vorname	geb.
--------------	------	---------	------

Straße	Hausnr.	PLZ	Ort
--------	---------	-----	-----

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert ja

Privat versichert ja

Zusatzversicherung: ja

Basistarif ja

Bonusheft: ja

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

Tel. privat	Tel. beruflich	Email
-------------	----------------	-------

ZU IHRER SICHERHEIT BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN:

• Allergien (auch auf Medikamente)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
------------------------------------	---	--

• Herz-Kreislauf Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
-------------------------------	---	--

(Schrittmacher; Endocarditisprophylaxe)

• Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
---------------------------	---	--

(ASS, Marcumar, Xarelto)

• Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
------------	---	--

• Sonstige Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
-------------------------	---	--

• Schwangerschaft (Monat)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
---------------------------	---	--

• Nikotinkonsum (Raucher/in)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
------------------------------	---	--

• Regelmäßige Medikamente	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
---------------------------	---	--

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Mund- Kieferbereich geröntgt? ja nein

Haben Sie bzgl. Ihrer Behandlung einen konkreten Wunsch?



ZAHNÄRZTLICHE PRAXISKLINIK BALINGEN

DR. ENRICO TRENKLER & DR. PATRICK SULZ

Wie wichtig auf einer Skala von 1- 10 ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?

(1 = unwichtig. 10 = sehr wichtig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wir verwenden in unserer Praxisklinik als Zahnfüllungsmaterial kein Amalgam (quecksilberhaltig).

Alternativ versorgen wir Ihre Zähne mit:

- einem zahnfarbenen *Komposit/Kunststoff* (zuzahlungspflichtig ca. 60-100€)

Im Falle einer notwendigen Wurzelkanalbehandlung werden, je nach Aufwand, Kosten in Höhe von ca. 80-150€ entstehen welche nicht von der Krankenkasse getragen werden!

Wünschen Sie eine gezielte Beratung zu Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung?

- Karies- und Parodontitisvorsorge bzw. Prophylaxe für Erwachsene
- Zahnaufhellung (Bleaching)
- Implantate

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

nein - ja, per Email Brief

Lieber Patient!

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGBs) an, welche im Wartezimmer für Sie zugänglich ausgehängt sind.

Im Falle einer dringenden Schmerz- oder Notfallbehandlung müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Liegt dieser Termin außerhalb der Sprechstunde kann auch nur eine Notfallbehandlung erfolgen!

Für gesetzlich versicherte Patienten gilt die Pflicht Ihre Versicherungskarte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen, ansonsten erfolgt eine Privatberechnung der erbrachten Leistungen nach GOZ!

Des Weiteren willige ich ein, dass die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeitet werden dürfen und vertretungshalber mit dem Kollegen bzw. der Kollegin aus der hiesigen Praxisklinik sämtliche erforderliche medizinische und sonstige personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person ausgetauscht werden darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Die Einwilligung umfasst auch die in der Praxisklinik tätigen Personal.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen