

Herzlich willkommen!



ZAHNARZTPRAXIS
DR. LINA KARNESI
Zahnärztin und Oralchirurgin
AM KAPPEDÄSCHLE BRUNNEN

**Wir bitten Sie, folgendes Formular sorgfältig auszufüllen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden absolut vertraulich behandelt.**

Name, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Handy

E-Mail

Arbeitgeber/Beruf

Krankenkasse ☐ gesetzlich ☐ privat

Privatversicherung im Basistarif
☐ nein ☐ ja

private Zusatzversicherung

Versicherter (bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

Adresse, falls abweichend

Allgemeine Angaben

(Patientinnen) Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja

Drogenkonsum ☐ nein ☐ ja

Alkoholabhängigkeit ☐ nein ☐ ja

Röntgenbild Kiefer in
den letzten 12 Monaten ☐ nein ☐ ja

Erkrankungen

Herz-/Kreislauferkrankung ☐ nein ☐ ja

HIV/AIDS ☐ nein ☐ ja

Herzklappenersatz ☐ nein ☐ ja

Tuberkulose ☐ nein ☐ ja

Herzschritmacher ☐ nein ☐ ja

Diabetes ☐ nein ☐ ja

Herzinfarkt ☐ nein ☐ ja

Osteoporose ☐ nein ☐ ja

Bluthochdruck ☐ nein ☐ ja

Tumor ☐ nein ☐ ja

Blutgerinnungsstörung ☐ nein ☐ ja

Epilepsie ☐ nein ☐ ja

Blutverdünnende Medikamente ☐ nein ☐ ja

Organtransplantation ☐ nein ☐ ja

Hepatitis/Lebererkrankung ☐ nein ☐ ja

Chemo/Bestrahlungstherapie ☐ nein ☐ ja

Auf Endokarditis Prophylaxe angewiesen ☐ nein ☐ ja

Bisphosphonattherapie ☐ nein ☐ ja

sonstige Erkrankungen ☐ nein ☐ ja: _____

Allergie/Unverträglichkeit ☐ nein ☐ ja: _____

Medikamente ☐ nein ☐ ja: _____

Operationen ☐ nein ☐ ja: _____

Jede Änderung meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wie dürfen wir Sie an längere Termine erinnern?

☐ Telefon

☐ Handy

☐ E-Mail

☐ keine Erinnerung erwünscht

Was ist Ihnen bei der Behandlung oder im Allgemeinen sehr wichtig? Lassen Sie es uns es gerne wissen!

Radolfzell, den _____

Unterschrift Patient(in) bzw.
gesetzlicher Vertreter. _____



Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr seltene Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende, extrem selten eine dauerhafte Nerv-Beeinträchtigung bzw. Taubheit. Die Reaktions- bzw. Konzentrationsfähigkeit inklusive der Verkehrstüchtigkeit kann infolge der örtlichen Betäubung beeinträchtigt sein. Unmittelbar nach der Behandlung sollten Sie daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Bitte verzichten Sie auch, solange die Betäubung anhält, auf die Nahrungsaufnahme, da ansonsten Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind. Falls bei Ihnen nach dem Nachlassen der Betäubung Missempfindungen oder ein Taubheitsgefühl vorliegen, informieren Sie uns bitte sofort oder wenden Sie sich an den Notdienst.

Ich bin über die Notwendigkeit, das Vorgehen und mögliche Komplikationen der zahnärztlichen örtlichen Betäubung informiert worden, habe diese verstanden und es bestehen keine weiteren Fragen.

Bonitätsprüfung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass unsere Praxis Bonitätsprüfungen über einen Dienstleister vornehmen kann. Diese geben Auskunft über das Zahlungsverhalten oder den Umgang mit Geldforderungen einer Person in den vergangenen Jahren. Hierzu werden personenbezogene Daten an die PIVASOFT GmbH, Ludwig-Richter-Str.13, 95488 Eckersdorf, übermittelt. Die Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich mit der oben beschriebenen Bonitätsprüfung ausdrücklich einverstanden.

☐ ja ☐ nein (ich begleiche jede Rechnung am Tag der erbrachten Leistung)

Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine einzuhalten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir für vereinbarte Termine, die ich bei Verhinderung nicht innerhalb von 24 Stunden absage, eine Ausfallgebühr in Höhe von Euro 85,- berechnet wird. Der Schadenersatzanspruch entfällt, wenn ich unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert war.

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Hinweis für Basistarif-/ Postbeamtenversicherte sowie Patienten mit Reise- oder Notfallversicherungen

Diese Versicherungsbedingungen werden nicht angenommen. Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen vorgelegt.