PRAXISKLINIK DR. BARTSCH
IMPLANTOLOGIE • ORALCHIRURGIE • ÄSTHETIK

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Patient:

Name I Vorname: Geburtstag:

Straße: PLZ / Ort:

Telefon: ◯ privat ◯ geschäftlich ◯ mobil
(Telefonnummer unter der wir Sie tagsüber erreichen können)

E-Mail: Beruf:

Versicherter:

Name I Vorname: Geburtstag:

Straße: PLZ / Ort:

Krankenkasse:

◯ Pflichtversichert ◯ Freiwillig versichert
◯ Beihilfeberechtigt ◯ Privatversichert
◯ Privat zusatzversichert ◯ Privatversichert im Basistarif
(Begrenzung auf 1,8 / 2,0-fachen Faktor)

Hausarzt:

Überweisung durch:

Service:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

◯ Zeitungsanzeige ◯ Internet-Jameda ◯ Empfehlung:
◯ Internet-Suchmaschine (z. B. Google) ◯ Internet Sonstiges ◯ Sonstiges:

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert werden? ◯ **Ja, telefonisch** ◯ **Ja, per Mail** ◯ **Nein, danke**

Anamnese:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder angefertigt?		Monat / Jahr
Haben Sie Allergien?	◯	
Sind Sie überempfindlich auf bestimmte Medikamente?	◯	
Liegt bei Ihnen eine Bluterkrankung vor?	◯	
Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung? (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin)	◯	
Wurde bei Ihnen eine Herz- / Kreislauferkrankung festgestellt?	◯	
Leiden Sie unter Bluthochdruck?	◯	
Herzschrittmacher, Organtransplantat, Endoprothese?	◯	
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	◯	Insulinpflichtig? ◯
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	◯	
Haben Sie eine Magen- / Darm- / Nierenerkrankung?	◯	
Hatten Sie eine Lebererkrankung (Gelbsucht)?	◯	
Haben Sie eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, TBC)?	◯	
Leiden Sie an Grünem Star (Engwinkelglaukom)?	◯	
Leiden Sie an Asthma?	◯	
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	◯	
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?	◯	
Rauchen Sie?	◯	Zigaretten / Tag:
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	◯	Woche:

NICHT VERGESSEN!
Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes bei Folgebehandlungen mit!

BITTE WENDEN ▶

Terminvergabe und Wartezeiten:

Unsere Praxisklinik wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvermeidbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Medizinische Hinweise:

- Nach Injektionen jeglicher Art ist es min. drei Stunden lang untersagt, selbst ein Kraftfahrzeug zu lenken.
- Durch die Gabe eines Antibiotikums kann die Wirkung von hormonalen Verhütungsmitteln („Pille“) beeinträchtigt werden.

Datenschutz:

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in unserer Praxis einsehbar.

Hinweis für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und freiwillig Versicherte:

Kranken-versicherung:

Nach den Bestimmungen der Krankenkassenverbände muss die Versichertenkarte in jedem Fall bei Behandlungsbeginn vorgelegt bzw. innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden. Ansonsten müssen wir leider die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

Zusatzleistungen:

Für die Verlangensleistungen (gemäß § 2 Abs. 3) bzw. Behandlungsmaßnahmen, die nicht in den Versicherungsrichtlinien der gesetzlichen Krankenversicherungsträger vorgesehen sind, werden wir mit Ihnen eine schriftliche Vereinbarung treffen und einen gebührenpflichtigen Kostenvoranschlag erstellen.

Hinweis für Selbstzahler, Mitglieder von privaten Versicherungsträgern und Beihilfestellen:

Die Anzahl der Privatversicherungsträger und Beihilfestellen, die tarif- oder satzungsbedingt keine Behandlungsmaßnahmen und Verfahrenstechniken erstatten, die in der zahnärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ) oder der ärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) eingeführt wurden, nimmt stetig zu.

Die Vertragsprüfung individueller Einzelverträge und die Beurteilung abrechnungstechnischer Klauseln ist eine juristische Fragestellung und gehört nicht zum Aufgabenbereich eines Fachzahnarztes für Oralchirurgie.

Wir erlauben uns daher, Versicherte von privaten Krankenversicherungsträgern und Beihilfestellen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Sie als Leistungsempfänger in vollem Umfang für die Begleichung aller entstehenden Behandlungs- und Laborkosten, unabhängig möglicher Rückerstattungen,verantwortlich sind, solange keine anders lautenden, schriftlichen Vereinbarungen getroffen wurden.

Schriftliche Stellungnahmen zur Unterstützung bei der Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche gegenüber dem Versicherungsträger könne nur in begründeten Ausnahmefällen und gegen entsprechende Gebühr erstellt werden.

Mit meiner rechtsverbindlichen Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Das Merkblatt zur Patienteninformation habe ich gelesen und verstanden.

Karlsruhe, den | | | | | | | | |

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

DR. EUGEN BARTSCH
Fachzahnarzt für Oralchirurgie | Großschneidersweg 2a
76149 Karlsruhe | 0721 - 70 69 81
0721 - 78 52 44 | info@praxisklinik-bartsch.de
www.praxisklinik-bartsch.de