

Gemeinschaftspraxis  
Drs. Johan Feith  
Christian Betzl

Osterwaldstraße 79  
80805 München  
Tel: 0 89 / 36 75 10

---

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine funktionelle Organisation zu gewähren, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Sprechen Sie uns an!

Patient: \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer                      PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)      Telefax (privat)                      Mobiltelefon

Mitversichert bei:

\_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?**

ja                     

Falls nein: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer                      PLZ / Ort

**Beruf:** \_\_\_\_\_

Ihr Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer                      PLZ / Ort

---

Telefon (geschäftlich)

Telefax (geschäftlich)

### Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie *freiwillig* versichert ? ja  nein   
Haben Sie eine Zusatzversicherung ? ja  nein

### Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

**Sind Sie beihilfeberechtigt?** (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche!) ja  nein   
Haben Sie **Spezialtarife** oder Zusatzabkommen ? ja  nein   
(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ja  nein

Wenn ja, weshalb ? \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt (Name, Tel.): \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? \_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie Beruhigungs- oder Schmerzmittel ? ja  nein

Haben Sie die Betäubung beim Zahnarzt bisher immer gut vertragen ? ja  nein

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Lebensmitteln oder anderen Materialien ?  
(z.B. Penicillin, Jod, Aspirin,...)

---

Besitzen Sie einen Allergiepaß ? ja  nein

Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen ? ja  nein

Haben Sie eine Herzerkrankung / Herzschwäche ? ja  nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher ? ja  nein

Haben oder hatten Sie erhöhte Blutungsneigung bei Operationen ? ja  nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein ? ja  nein

Haben Sie Kreislaufprobleme ? ja  nein

Leiden Sie an einer Stoffwechselerkrankung ? ja  nein

Diabetes  Schilddrüsenerkrankung  Magen-Darmerkrankung  Rheuma

Sind Sie Träger von viralen Erkrankungen wie: ja  nein  unbekannt

Hepatitis (Gelbsucht)  HIV  TBC

Sind Sie in letzter Zeit geröntgt worden ? ja  nein

Falls ja, wann und welcher Körperberich ?

\_\_\_\_\_

### **Für Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft ? ja  nein

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

\_\_\_\_\_

### **Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches bei uns ?**

\_\_\_\_\_

### **Haben Sie spezielle Wünsche an uns ?**

\_\_\_\_\_

### **Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam ?**

\_\_\_\_\_

### **Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:**

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Zur Entlastung der Verwaltung werden unsere Liquidationen von einer externen Verrechnungsstelle erstellt (ABZ / ZR München). Mit der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden.
- Um meine Zähne langfristig gesund zu halten, möchte ich regelmäßig an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Mundhygienetermine / Recalls erinnert werden.
- Für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen.
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.**

---

München, den

Unterschrift