



**dr. thomas gebala**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Sie kommen zur Zahnbehandlung in meine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird, damit Wartezeiten auf ein Minimum begrenzt werden können.

Bei unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schmerzbehandlungen kann es jedoch trotzdem dazu kommen, dass Termine nicht exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin einzuhalten, so bitten wir Sie, uns rechtzeitig, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, davon zu unterrichten.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte die Krankenversicherungskarte 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

**Patient**

Name Vorname geb.:

**Anschrift**

Strasse/Nr. Telefon privat / mobil

**Mitglied/Zahlungs-  
pflichtiger**

Postleitzahl/Ort E-mail

Name Vorname geb.:

**Anschrift**

Strasse/Nr. Telefon privat / mobil

Postleitzahl/Ort E-mail

**Beruf des Mitglieds**

\_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Ich bin gesetzlich versichert		
Ich bin privat versichert		
Ich bin privat zusatzversichert		
Ich bin standardversichert gemäß § 257 Abs. 2a SGB V		
Möchten Sie in unser Recallsystem aufgenommen werden? Erinnerungskarte für Ihren nächsten Zahnarztbesuch		

**Ich wünsche eine Beratung über:**

	Ja	Nein
Implantate		
Mundhygiene/Prophylaxe		
Optimierung der Ästhetik		
Zahnersatz		
Laserbehandlung		

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus umgehend mit!**

	Ja	Nein
Allergien Wenn ja, welche?		
Anfallsleiden (Epilepsie)		
Atemwegserkrankungen Wenn ja, welche?		
Blutgerinnungsstörungen Wenn ja, welche?		
Diabetes		
Herzerkrankung Wenn ja, welche		
Herzschrittmacher		
Hypertonie (erhöhter Blutdruck) Hypotonie (niedriger Blutdruck)		
Hepatitis A/B/C		
Immunmangelsyndrom (AIDS)		
Lebererkrankungen Wenn ja welche?		
Osteoporose		
Rheumatoide Erkrankungen Wenn ja welche?		
Schilddrüsenerkrankung		
Tumorerkrankung		
Nehmen Sie Biophosphate (Krebstherapie) ein?		
Rauchen Sie? Wenn ja wie viel?		
Sind Sie schwanger?		
Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?		

**Sonstige Angaben / andere Krankheiten?**

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja welche?**

\_\_\_\_\_

**Wie/durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?**

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_