

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Nur so können wir Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

Straße	Postleitzahl   Wohnort	Beruf
--------	------------------------	-------

Telefon	mobil	Email
---------	-------	-------

<b>Hauptversichert?</b> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> - <u>wenn NEIN:</u>		
Name Zahlungspflichtige/r	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl   Wohnort	

### Krankenversicherung

Beihilfeberechtigt?

JA  NEIN

Basistarif?

(privat versichert mit eingeschränkten Leistungsansprüchen)

JA  NEIN

(bitte Nachweis vorlegen – sonst kann dies nicht berücksichtigt werden)

Erläuterungen dazu können wir Ihnen gerne aushändigen

**meine Zahnarztpraxis:** \_\_\_\_\_

**meine Hausarztpraxis:** \_\_\_\_\_

**behandelnde/r Hautarzt/in:** \_\_\_\_\_

(bei Eingriffen an der Haut)

- Ich schließe hiermit mit unten genannter Ärztin einen Behandlungsvertrag ab.
- Die privatärztliche Liquidation erfolgt nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), bzw. nach der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in der jeweils gültigen Fassung. (Wir weisen darauf hin, dass die Faktoren für die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung über dem Regelsatz (2,3) bis zum 3,5fachen Satz in Ansatz gebracht werden können. Vor sehr aufwendigen Procedures wird ggf. auch eine Abdingungsvereinbarung geschlossen. Für Sie kann dies bedeuten, dass Ihnen - abhängig von Ihrem Versicherungsvertrag - ein Selbstbehalt entstehen kann. Wir können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch die bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.)
- Mir ist bekannt, dass das Führen eines Fahrzeuges nach einem operativen Eingriff und nach einer Betäubung nicht verantwortet werden kann.
- Ich versichere, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Ich weiß, dass ich diese Bestätigung ganz oder teilweise zurücknehmen kann.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**



**DR. DR. STRUNZ** | [www.strunz.berlin](http://www.strunz.berlin)

IHRE PRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE  
UND MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

© Dr. Dr. Anette Strunz  
empfang@strunz.berlin

Bundesallee 56 – am Bundesplatz | 10715 Berlin  
Tel. 030 | 85 75 75 85 Fax. 030 | 85 75 75 86

Name

Vorname

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	
<b>Stehen Sie in ständiger Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Krankheit: _____
<b>Sind Sie schon einmal operiert worden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Operation: _____
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente? _____
Bekommen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Besteht eine Allergie auf**

Penicillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele pro Tag?	_____	

**Für unsere Patientinnen:**

Sind Sie schwanger?

Stillen Sie?

Haben oder hatten Sie:	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankungen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigung zu Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogengebrauch?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA-Infektion?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\* Bitte führen Sie dazu mehr aus: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> auf Überweisung meiner Zahnarzt-/ Arztpraxis	<input type="checkbox"/> durch das Internet
<input type="checkbox"/> auf Empfehlung meiner Zahnarzt-/ Arztpraxis	<input type="checkbox"/> durch Jameda
<input type="checkbox"/> auf Empfehlung von Bekannten/ Verwandten	<input type="checkbox"/> durch _____

Was ist Ihr Anliegen bei uns? \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen sonst noch wichtig? \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Arzt-/ Zahnarztpraxen/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

