



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Sehr geehrter Patient(in),

Gemäß den Bestimmungen der Röntgenverordnung bitten wir Sie, diesen Vordruck sorgfältig auszufüllen. Die erbetenen Angaben dienen Ihrer Gesundheit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname	Vorname	Geburtsdag
Hauptversicherter (bei Familienversicherten)	Vorname (Hauptversicherter)	Geburtsdag(Hauptversicherter)
Strasse /Nr.	Telefon privat	Telefon mobil
PLZ	Wohnort	Telefax
Arbeitgeber	Telefon Büro	e-Mail Adresse

Krankenkasse

Frühere oder derzeitige Erkrankungen, zutreffend, bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Allergien: wenn ja, welche? bitte angeben:
<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Blutzucker	_____

Sonstige Erkrankungen bitte angeben _____

Nehmen Sie Medikamente ein _____

Information zur Professionellen Zahnreinigung (PZR):

Bei privat versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung nach der privaten Gebührenordnung GOZ.

Angaben zu eventuell notwendigen Röntgenaufnahmen

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen der Zähne und Kiefer gemacht? _____

Weibliche Patienten: besteht eine Schwangerschaft? wenn ja, bitte ankreuzen

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Ich verpflichte mich, Privatleistungen wie

- Implantologieberatung einschließlich Röntgenleistungen
- Digitale Volumetomografie (DVT)
- Implantologische Leistungen
- Gnathologie (Vermessen d. Kiefergelenks)
- Ausservertragliche Leistungen nach Absprache bei konservierenden, prothetischen und chirurgischen Behandlungen

privat zu bezahlen, da diese Leistungen nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem Zahnarzt mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient