



## Herzlich Willkommen

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe.

### Hinweise zur Organisation

**Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wiederbesetzen können. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.**

### Hinweis für sozialversicherte Patienten

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt wird. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

### Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten

Die Rechnungsstellung erfolgt gem. der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte. Erstattungseinschränkungen gem. den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnung können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- und Laborkosten werden gemäß GOZ §9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte/Ärzte Herrn Dr. med. dent. Franz R. Pecher von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderungen an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

---

Datum

Unterschrift Patient(in), Erziehungsberechtigte(r), Vormund

### Recall und professionelle Zahnreinigung

Ich möchte den „Recall-Service“ der Praxis in Anspruch nehmen. Ja  Nein

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten an einen Untersuchungstermin per E-Mail (bitte oben E-Mail-Adresse angeben!).

Wünschen Sie eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung? Ja  Nein

---

Datum

Unterschrift Patient(in), Erziehungsberechtigte(r), Vormund



## Anamnesebogen

Patient Herr/ Frau/ Kind	geb.
Hauptversicherer	geb.
Adresse	
Tel. privat/ mobil	
E-Mail	
Beruf	
Krankenkasse	
Versicherung	Zahnzusatzversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/>
Hausarzt/ Rufnummer	

<b>Allgemeine Situation</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Leiden Sie unter hohem/ niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Herzinfarkt/ Schlaganfall? (ggf. wann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Bluterkrankung oder -gerinnungsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/ Hatten Sie Tuberkulose (Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV + (Aids)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/ Hatten Sie Hepatitis A B C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an Rheuma erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zuckererkrankung (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Lungenerkrankung/ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie eine Therapie mit Biphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein Engwinkelglaukom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz (festsitzend/ herausnehmbar)? (Alter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Fragen</b>		
Sind Sie schwanger? (ggf. SSW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? (wieviel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol? (wie oft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
Unverträglichkeiten von Medikamenten (ggf. welche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie (ggf. welche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (ggf. welche?)		