



Dr. Bernd Christian Wieczorek

Zahnarzt

Tätigkeitsschwerpunkt: Endodontie

Stuttgarter Straße 100

70469 Stuttgart

Fon: (0711) 81 79 573

Fax: (0711) 81 79 574

drwieczorekst@aol.com

www.zahnarztpraxis-wieczorek.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um alle Seiten unseres Fragebogens exakt auszufüllen

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

mobil

geschäftlich

e-mail

Beruf

Name der Versicherung/ Krankenkasse

Ich bin pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin im Standardtarif versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin nicht versichert

Bitte umblättern

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Mitglied)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hausarzt

Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck(Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschriltmacher

Ja Nein

Infektionserkrankungen

Hepatitis

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Creutzfeld-Jakob-Krankheit(CJK)

Ja Nein

Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit

Ja Nein

Andere:

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika

Ja Nein

Schmerzmittel

Ja Nein

Antibiotika

Ja Nein

Andere:

Bitte umblättern

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörung Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Osteoporose Ja Nein

Andere:

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein
Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig
Rauchen Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann Name:

- Frühere Röntgenuntersuchungen
im Kieferbereich Ja Nein Wenn ja, Datum
Röntgenpass Ja Nein

- Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welche Woche ?

- Legen Sie Wert auf eine Behandlung mit
örtlicher Betäubung? Ja Nein

Bitte beachten sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigen kann.

- Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? Ja Nein

Möchten Sie in unseren halbjährlichen Erinnerungsdienst aufgenommen werden (Recall) ?

- Die Teilnahme kann jederzeit widerrufen werden Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte umblättern

Fragebogen zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? Ja Nein

Reagieren Ihre Zähne empfindlich auf Heißes,
Kaltes, Süßes oder Saures? Ja Nein

Schmerzt oder knackt es im Bereich des
Kiefergelenkes? Ja Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen,
wach oder schlafend? Ja Nein

Welche Mundhygiene-Hilfsmittel
wenden Sie regelmäßig an?

- Zahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- Zahnzwischenraumbürste
- Munddusche
- Mundspüllösungen
- Salben / Gele
- Fluoridierungsmittel

Haben Sie das Gefühl einer
anhaltenden Mundtrockenheit? Ja Nein

Wenn Ihre Kinder zur Behandlung kommen:

verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Erhält Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Wird die Zahnpflege einmal täglich durch einen
Erwachsenen unterstützt? Ja Nein

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Behandlungszeiten werden mit einem Betrag in Höhe von 75 Euro je angefangener halben Stunde in Rechnung gestellt, es sei denn, der Patient bleibt unverschuldet dem Behandlungstermin fern. In diesem Fall hat der Patient dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich telefonisch mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigten

Bitte umblättern

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters/geb. am	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
Geb. am	

Information zur Abrechnung Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS-MEFA Reiss GmbH (pvs-mefa).
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Honorarforderungen an die pvs-mefa.
- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (Sparkassen Singen-Radolfzell, Engen-Gottmadingen, Schwarzwald Baar, apoBank, sowie an die Unicredit Konstanz). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.
- Einholung einer Information bei einer Auskunft vor Abtretung der jeweiligen Arztforderung zur Bonitätsprüfung, sofern die Honorarforderung Euro 500,- übersteigt. Hierzu werden lediglich Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei meiner/m Arzt/Ärztin und/oder der pvs-mefa erfragen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die pvs-mefa die Leistungen meines/r Arztes/Ärztin mir gegenüber ausschließlich auf Weisung des/der behandelnden Arztes/Ärztin im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein/e Arzt/Ärztin in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge/in gehört werden.

Ich entbinde hiermit meine/n Arzt/Ärztin von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Die pvs-mefa verpflichtet sich zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und wird auch eventuelle Dritte, die Dienstleistungen für die pvs-mefa erbringen, zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichten. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese Erklärung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Praxisstempel

pvs mefa >>> reiss

PVS-MEFA Reiss GmbH
Erzbergerstr. 25
D-78224 Singen
Tel. 07731-99 01 0
Fax 07731-99 01 99
kontakt@pvs-mefa.de

Niederlassung Köln
Mildred-Scheel-Str. 2-4
D-50996 Köln
Tel. 0221-36 79 33 0
Fax 0221-36 79 33 11
www.pvs-mefa.de

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

A1 Nov. 2014