

### Herzlich willkommen in der Praxis DocSmile,

bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

### Angaben zum Patienten / zur Patientin

Herr

Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung

Adresse \_\_\_\_\_

priv. versichert im Basistarif

Beruf \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Versichertendaten, sofern diese von den Patientendaten abweichen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Adresse falls abweichend \_\_\_\_\_

### Einverständnis bei der Behandlung von Minderjährigen

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

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind in Ihrer Praxis

behandelt werden darf

geröntgt werden darf

eine Lokalanästhesie erhalten darf

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift erziehungsberechtigter Personen \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Herzerkrankung

Blutungsneigung

Herzschrittmacher

Marcumar / sonstige Gerinnungshemmer

künstliche Herzklappe

Diabetes

hoher Blutdruck

Schilddrüsenerkrankung

Magen- /Darmerkrankung

Augenerkrankung / grüner Star

Lebererkrankung

Osteoporose

Nierenerkrankung

Rheuma

Lungenerkrankung / Asthma

Epilepsie

Infektionserkrankung HIV

Raucher

Infektionserkrankung Hepatitis B / C

sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

Corona / Covid 19

**Bitte wenden und unterschreiben**

---

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

---

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?

---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Gibt es etwas, was Sie an Ihren Zähnen optisch oder sonst stört?

---

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes gemäß DSGVO/BDSG und werden streng vertraulich behandelt. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten diese auf Wunsch von uns ausgehändigt.

Falls Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir zur Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihre Krankenkassenkarte benötigen. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, diese innerhalb von 14 Tagen nach Behandlung vorzulegen, bitten wir um Mitteilung, da wir Ihnen andernfalls eine Privatrechnung hierzu erstellen müssen.

Wir führen eine Bestellpraxis, um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Dennoch kann es durch Notfälle zu Verzögerungen kommen. Wir bitten in diesen Situationen um Ihr Verständnis und werden Sie ggf. rechtzeitig informieren.

Sollten Sie einen **Termin nicht einhalten** können bitten wir um **rechtzeitige (mind. 24 Std. vorher) Mitteilung**. Sollten Sie nicht rechtzeitig absagen können sind wir berechtigt, Ihnen die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit nach Honorar entsprechend nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.

Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann es durch Injektionen, Medikamentengabe sowie durch die Behandlung an sich unter Umständen zu Beeinträchtigung u.a. der Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kommen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzliche/-r Vertreter\*in