



# DENTOSOPHIEZENTRUM

Franka Meuter

## Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bevor ich mich in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalte, benötige ich Angaben zu Ihnen oder Ihrem Kind. Weiterhin ersuche ich um Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert  ja  nein      Zusatzversicherung  ja  nein  
privat versichert  ja  nein      Beihilfeberechtigt  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

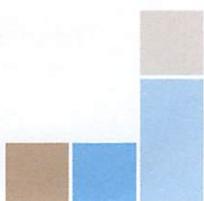
Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.



### Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### Warum suchen Sie uns auf?

- Dentosophie Beratung **Kosten zeitabhängig bis ca. 160€**
- Dentosophie Behandlung **Kosten für 2 Jahre ca. 2100€ incl. Material**
- Zungenbandberatung (Hinweis: Ein funktionelles Screening im Rahmen dieser Untersuchung ist kostenpflichtig nach GOZ)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Leiden Sie / Ihr Kind an allgemeinen Erkrankungen?

- Nein
- Ja, welche? \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie irgendwelche Medikamente?

- Nein
  - Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gerne können Sie uns eine Medikamentenliste per Mail oder in der Praxis übergeben.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von wem empfohlen \_\_\_\_\_
- Telefon- / Branchenbuch
- Überweisung von \_\_\_\_\_
- Zeitungsanzeige
- Internet, über die Seite \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Möchten Sie per SMS an Ihren nächsten Termin erinnert werden?

- Ja
- Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Falls Sie eine Kopie Ihrer Unterlagen haben möchten, können wir Ihnen Ihre unterschriebenen Unterlagen per Mail zukommen lassen.