



A b r e c h n u n g s - D i e n s t l e i s t u n g v o n A b i s Z



DR. GÜLDENER

F I R M E N G R U P P E

DZR Deutsches
Zahnärztliches
Rechenzentrum GmbH
Ein Unternehmen der Dr. Güldener Firmengruppe

ABZR
Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

HZA Hanseatische Zahnärztliche
Abrechnungs- und Service-
Gesellschaft mbH

FRH FREIES
RECHENZENTRUM
HEILBERUFE
eine Niederlassung der DZR GmbH, Stuttgart

D I E Z A H N Ä R Z T L I C H E N R E C H E N Z E N T R E N



**A b r e c h n u n g s - D i e n s t l e i s t u n g v o n A b i s Z**

*Liebe Patientin,
lieber Patient,*

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in meine Praxis kommen. Diese wird nach dem 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 meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in Herr/Frau/Kind	<input type="text"/>		
	Name	Vorname	geb.
	<input type="text"/>		
Anschrift	Straße / Hausnr.		E-Mail
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
Mitglied/ Zahlungspflichtige/r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)	<input type="text"/>		
	Name	Vorname	geb.
	<input type="text"/>		
Anschrift	Straße / Hausnr.		E-Mail
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt		
	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		
Beruf des Mitgliedes	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="text"/> Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitgebers	Straße / Hausnr.		Telefon
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Postleitzahl / Ort		

Bitte Rückseite beachten!



Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | ja | nein | | ja | nein | | ja | nein |
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TBC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihr Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

ja nein wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar?

ja nein

Schlaganfall

ja nein

Lähmungen

ja nein

d) Blutdruck

niedrig

normal

hoch

ggf. Werte?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja nein ggf. welche?

4. Rauchen Sie?

ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

ungewiss

ggf. wievielte Woche

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja nein

Unfalldatum

Art d. Verletzung

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja nein

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

9. Haben Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm,

z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert

ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

