



**HERZLICH WILLKOMMEN  
IN UNSERER PRAXIS!**

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Patient:**

[ ]		
Name	Vorname	Geburtstag
[ ]		
Straße	PLZ/Ort	E-Mail
[ ]		
Telefon	Fax	Mobiltelefon
[ ]		
Beruf	Arbeitgeber	Telefon
[ ]		

**Versicherung**

[ ]

privat versichert  gesetzlich versichert  freiwillig versichert

**Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied:**

[ ]

Name	Vorname	Geburtstag
[ ]		
Straße	PLZ/Ort	Telefon
[ ]		
Beruf	Arbeitgeber	
[ ]		

**Für privat Krankenversicherte:**

Sind Sie beihilfeberechtigt?  
..... ja  nein

Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert? ..... ja  nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht garantieren. Eine Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur durch Erstellen eines gebührenpflichtigen Kostenvorschlags möglich.

**Für gesetzlich Krankenversicherte:**

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?  
..... ja  nein

Wir setzen uns für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für einige unserer Behandlungsmethoden und Materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig über Umfang und Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer? ja  nein  Wenn ja, Name: [ ] Telefon: [ ]

Hausarzt: [ ] Ort: [ ] Telefon: [ ]

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein  Weshalb?

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  unklar  Welcher Monat?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zur Zeit ein?

**Haben Sie eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?** ja  nein

**Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?**

**Herz-/Kreislaufkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Myokarditis (Herzmuskelentzündung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Angina pectoris, Herzasthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder -ersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Angeborene Herzfehler	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Infektionskrankheiten:**

HIV-Infektion, AIDS	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sonstige: <input type="text"/>	

**Sonstige Erkrankungen:**

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten** ja  nein  **Liegen sonstige Erkrankungen vor?** ja  nein

Welche?  Welche?

**Rauchen Sie** ja  nein  **Sind Sie drogenabhängig?** ja  nein

Seit wann?  Wie viel?  Welche Drogen?

**Hauszahnarzt:**

Name:  Ort:  Telefon:

Wann und wo wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Die Abtretung von Forderungen an Dritte (beispielsweise Versicherungen), die aus dem Behandlungsverhältnis mit der Praxis Dr. Bunse resultieren, ist ausgeschlossen. Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Außerdem führen wir eine Bestellpraxis. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin für Sie da. Sollten Sie ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig darüber zu informieren.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung einverstanden:

Datum	Unterschrift (Patient / Zahlungspflichtiger)	überprüft am	Unterschrift
-------	----------------------------------------------	--------------	--------------