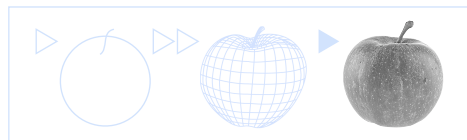


# Dr Dr Wolfgang Kater & Partner

↳ Mund-Kiefer-Gesicht    ↳ Oralchirurgie



Name, Vorname des **Patienten**

Geburtsdatum

Geburtsort

Krankenkasse

Name, Vorname des **Mitglieds**

Geburtsdatum

Telefon tagsüber

Mobil-Nr

Straße, Hausnummer

e-mail

PLZ, Ort

Beruf

Stimmt Ihre Adresse auf dem Bogen mit der auf der Versicherungskarte überein?  nein  ja

Haben Sie das **“Kostenerstattungsprinzip”** (z.B. beim Kieferorthopäden) gewählt?  nein  ja

Besteht eine **private Zusatzversicherung** für **Krankenhaus- / Chefarztbehandlung**?  nein  ja

**Bei privatversicherten Patienten:** welche stationäre Zimmersversicherung besteht bei Ihnen?

- Einbettzimmer     Zweibettzimmer     keine

Hausarzt / Haus-Zahnarzt

Überweisender Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde

**Werden Sie zur Zeit ärztlich/zahnärztlich behandelt?**  nein  ja

Behandelnder Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde

Erkrankung / Verletzung

## Wichtige Fragen:

Auch Vorerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche / kieferchirurgische Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie ermöglichen uns, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand ggf. anzupassen.

**Besteht eine Blutkrankheit**, haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei Verletzung oder Zahnbehandlung, häufiges Nasenbluten) oder entstehen leicht blaue Flecken)  nein  ja

**Nehmen Sie Blutverdünner**  nein  ja

**Wie ist Ihr Blutdruck?**  normal     erhöht     erniedrigt

**Magen-Darm-Erkrankungen**  nein  ja

**Schilddrüsenstörung** (Kropf u.ä.)  nein  ja

**Zuckerkrankheit** (Diabetes)  nein  ja

**Sonstige Stoffwechselkrankheit** (z.B. Phenylketonurie)  nein  ja

**Chronische Erkrankungen** (z.B. des Nervensystems, wie Krampfanfälle/Epilepsie, Grüner Star,...) Wenn ja, welche?  nein  ja

**Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV/Aids)  nein  ja

**Besteht eine Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente [Antibiotika wie Penicillin], örtliche Betäubungsmittel, Jod, Kontrastmittel)?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Nehmen Sie Medikamente** (z.B. Marcumar®, Aspirin®, ASS®, Antibiotika, Cortison, Insulin, Bisphosphonate) oder homöopathische Präparate (z.B. Arnika, Bromelain) ein?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Rauchen** Sie?  nein  ja

Wenn ja, wie viel am Tag? .....

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**?  nein  ja

**Sind Sie frisch operiert?**  nein  ja

**Herzerkrankungen** (z.B. Insuffizienz, Arrhythmie)  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

**Erkrankungen des Immunsystems**  nein  ja

**Chron. Erkrankungen der Atemwege**  nein  ja

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?  nein  ja

X

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Bitte wenden

## Einverständniserklärung für privatärztliche Leistungen

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe alle der im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung an die **büdingendent**

Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH  
Gymnasiumstrasse 18, 63654 Büdingen

an meine PKV über die

**PADLine GmbH**

Stadtkoppel 45-49, 21337 Lüneburg

sowie an die

**DATEV eG**, 90329 Nürnberg

zwecks Ausdruck und Versand der Rechnungen.

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung an die **büdingendent**.

- Übermittlung der Antragsdaten (Vor- und Zuname, Geburtsdatum sowie Anschrift) an die

**Creditreform Boniversum GmbH**

Hellersbergstrasse 11, 41460 Neuss

Ich entbinde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Eine Durchschrift dieser Einverständniserklärung kann ich erhalten.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass **büdingendent** die Leistung meines Arztes mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellt und für eigene Rechnung einziehen wird.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von dieser Einverständniserklärung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungsfälle davon ausnehmen kann.

X

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter