

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,...) nein ja
Wenn ja, welche?

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