

IMPLANTATZENTRUM LÜNEBURG

Dr. Dr. Christina Diefenbeck, MBA, M.Sc.
Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Zertifizierte Spezialistin für Implantologie (DGMKG)
Fachärztin für Oralchirurgie
Plastische Operationen

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Name, Vorname (Patient): _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel.-Nummer privat: _____ Tel.-Nummer dienstlich: _____

Handynummer: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Haben Sie zusätzliche Vereinbarungen bei Ihrer Versicherung?

Basistarif Beihilfeberechtigt Kostenerstattung nach § 13 SGB V

(Versicherte, die die Kostenerstattung gewählt haben, nehmen die zahnärztlichen/ärztlichen Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch, d. h. sie bekommen eine Liquidation nach GOZ oder GOÄ)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger): _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Bitte wenden 

Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente (Penicillin), Pflaster, Jod oder Latex? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Herzerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine sonstige Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine Hepatitis A, B, C oder besteht eine HIV Infektion? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünnungsmittel ein (ASS, Marcumar, Godamed)? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Neigen Sie zu Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Drogenabhängigkeit? Ja Nein

Sind Sie Raucher, wenn ja wie viele Zigaretten? Ja Nein

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der zahnärztlichen und ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Von Ihnen mitgebrachte Schriftstücke, Röntgenbilder und ähnliches werden Ihnen ausgehändigt
- Soweit der Informationsbedarf der Erstattungsstelle/Krankenkasse eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum / Unterschrift: _____