

# Zahnärzte Mosel

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Karl Braun sen. & Antje Gebhardt - Zahnarzt & Zahntechnikermeister Karl Braun jr.

Zahntechnisches Meisterlabor

Altenburger Str. 81 in 08058 Zwickau - 037604 2223 - [zahnaerztemosel@t-online.de](mailto:zahnaerztemosel@t-online.de) -

[www.zahnaerzte-mosel.de](http://www.zahnaerzte-mosel.de)

---

## Herzlich Willkommen bei den Zahnärzten Mosel

Bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen aus. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter.

Ich bin Hauptversicherer / Rechnungsempfänger

Name:

Vorname:

Geb.:

Anschrift:

Beruf:

Arbeitgeber:

Telefon (privat):

Mail (privat):

- Gesetzlich krankenversichert oder freiwillige GKV versichert bei \_\_\_\_\_
- Kostenerstattung nach §13SGB V für gesetzlich Versicherte \_\_\_\_\_
- Privat krankenversichert bei \_\_\_\_\_
- Privat zusatzversichert / Private Zahnersatzversichert \_\_\_\_\_
- Beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_

### Mein Gesundheitszustand

Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlungsplanung haben.

Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen und Ihre Medikamente sehr sorgfältig an.

- Herz- / Kreislauferkrankungen \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, o.a.) \_\_\_\_\_
- Künstliche Bluter (z.B. ASS / Marcumar etc.) \_\_\_\_\_
- Allergien \_\_\_\_\_
- sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes) \_\_\_\_\_
- Regelmäßige Medikamente \_\_\_\_\_

Wenn erforderlich

- Ich bin Raucher, täglich ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten
- Bestehende Schwangerschaft in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche
- Mein Hausarzt / Internist / Diabetologe ist \_\_\_\_\_
- Mein Heilpraktiker / Homöopath / Umweltmediziner \_\_\_\_\_

Haben Sie Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung?

- Ich möchte eine Routinekontrolle
- Ich bin an zahnärztlicher Vorsorge interessiert und möchte Informationen über das zahnmedizinische Risikoscreening und Prophylaxeangebot der Praxis Zahnärzte Mosel
- Ich habe Probleme am Zahnfleisch und brauche dazu Informationen / Hilfe
- Ich Interessiere mich für Zahnersatz oder Implantat
- Ich bin Angstpatient und brauche Informationen zu Ihrer speziellen „Angstsprechstunde“
- Ich habe Mundgeruch und brauche dazu Informationen / Hilfe
- Ich komme für eine Zweitmeinung
- Ich habe starke Schmerzen und komme als Notfall / Schmerzpatient

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Familie, Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen
- Internet, Praxisschild
- Überwiesen von \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Da wir für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitte wie Sie, vereinbarten Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig. Bei kurzfristiger Absage oder Versäumnis von Behandlungsterminen (>20min) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von 100€ anfallen.

Wird ein Krankenversicherungsnachweis der GKV-Patienten nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin vorgelegt, müssen wir nach Krankenkasse-Richtlinie die entstandenen Kosten privat in Rechnung stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift