

smart teeth

Partnerschaftsgesellschaft

Dres. med. dent. Eduard Stappler & Frank Saathoff

Zeughausstr. 28-38
50667 Köln

⊥ **Daten des Stammversicherten**

Name		Versicherung/Kasse		
Vorname		freiwillig vers.	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Geburtsdatum		beihilfeberechtigt	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Straße		Telefon (Privat)		
PLZ + Ort		Mobil / Geschäftlich		
Beruf		E-Mail		
Arbeitgeber		Empfehlung		

Leiden Sie an ... (bitte ankreuzen)

hohem Blutdruck	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	HIV / Aids	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
niedrigem Blutdruck	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Lebererkrankungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
angeborenem / erworbenem Herzfehler	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Hepatitis A	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Herzklappenersatz	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Hepatitis B	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Endokarditis	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Hepatitis C	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Herzoperation	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Tuberkulose	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Herzschrittmacher	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Medikamenteneinnahme:		
Bluttransfusion	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Marcumar	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	ASS	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Blutgerinnungsstörungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Antibiotikum	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Adrenalin-Unverträglichkeit	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Schilddrüsenerkrankung	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	weitere Medikamente:		
Asthma / Lungenerkrankungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>			
Nervenerkrankungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Drogenkonsum	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Rheuma	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Methadon	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Nierenerkrankungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Schwangerschaft	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Epilepsie	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Letzte Röntgenaufnahme: Datum Organ		
Magen-Darmerkrankungen	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>			
Sonstige Erkrankungen?					

Ich interessiere mich für ... (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Individuelle Beratung | <input type="checkbox"/> Wurzelkanalbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Ästhetik | <input type="checkbox"/> Amalgam-Alternativen |
| <input type="checkbox"/> Implantation | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen & Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe & Prävention | <input type="checkbox"/> Kronen / Brücken / Prothesen |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis-Behandlung | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Veneere | <input type="checkbox"/> Bleaching |

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zu einer zahnmedizinischen Behandlung in eine Praxis, die nach dem *Bestellsystem* geführt wird. Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie *spätestens 48 Stunden vorher abzusagen*, da Ihnen sonst die vorgesehene Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Bei Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr von pauschal 98 Euro je halbe Stunde fällig. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Alphazahn / BFS – Ihre Abrechnungsspezialisten

Sie erhalten heute auch die Unterlagen unserer Abrechnungspartner. Bitte füllen Sie die Bögen vollständig aus. Ihre Informationen sind selbstverständlich vertraulich.

Köln, den _____

(Unterschrift)