



DR. STEFANIE MORLOK, PRIVATZAHNÄRZTLICHE PRAXIS

Patientenaufnahme (Anamnese)

Sehr geehrte/r Patient/in,

das Ausfüllen und Lesen der nachfolgenden Formulare ist für eine Behandlung und ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patientenverhältnis sehr wichtig. Bitte füllen Sie alle für Sie zutreffenden Belange aus. Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Patient: _____ Geb. _____

Adresse: _____

Versicherter: _____ Geb. _____ Adresse: _____

PatientTel.priv: _____ Tel.berufl: _____ Handy: _____ Email: _____

Beruf/Arbeitgeber/Adresse des Arbeitgeber des Versicherten: _____

Beihilfe: ja nein

günstiger Spezialtarif (Basistarif oder Standardtarif mit niedrigeren Steigerungssätzen): ja nein

Zweigstelle: _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung und wenn ja, dann bei wem? _____

Weshalb kommen Sie zu uns? _____

Medikamente? _____

Allergien? Unverträglichkeiten? Allergiepass? _____

Herz- oder Kreislauferkrankung? Blutdruck? _____

Nachblutungsgefahr? Gerinnungshemmende Medikamente? (Aspirin/Marcumar) _____

Erkrankungen: _____

Diabetes , Schilddrüsenerkrankung , Magen-Darmerkrankung , Rheuma Nierenleiden , Epilepsie , Asthma , HNO , Psyche , Neurologisch

Haben oder hatten Sie Hepatitis, HIV, TBC, sonst. ansteckende Krankheiten? _____

In der Vergangenheit Ops, Unfälle, Schleudertrauma? _____

Wurden Sie in der letzten Zeit geröntgt? Wo? Röntgenpass? _____

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____

Sind bei der lokalen Betäubung je Probleme aufgetreten? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____



!! Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Überweisung Internet

Fragen zu den Zähnen:

empfindlich , Zähne verloren , ersetzte Zähne , bleibt etwas zw. den Zähnen hängen ,
blutendes Zahnfleisch , hatten Sie Zahnfleischbehandlung , hatten Sie Zahnfleischop
, tragen Sie Prothese , haben Sie wurzelbehandelte Zähne, hatten Sie eine Zahnspange

Diese Fragen nur bei den entsprechenden Problemen beantworten:

CMD (craniomandibuläre Dysfunktionen, Kiefergelenksprobleme):

Schuheinlagen , Beinlängendifferenz , Skoliose , Becken schief , Schnarchen , chron.
Schmerzen , chronisch müde , als Kind Entwicklungsstörungen , Haltungsprobleme , haben
Sie eine Schiene , Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden? Im/ am Kopf , Nacken ,
Ohrbereich/ Kiefergelenke , Schläfen , Rücken , Kiefergelenksgeräusche: Reiben , Knacken

Schnarchen:

Atenaussetzer in der Nacht , Tagesmüdigkeit , Leistungsabfall , cpap

Kieferorthopädie:

Mundatmung , Haltungsprobleme , Entwicklungsstörungen , wurde schon
kieferorthopädisch behandelt , Zahnstellungsprobleme in der Familie

Um eine reibungslose Praxisorganisation zu gewährleisten, benötigen wir Ihre Erlaubnis, Sie telefonisch kontaktieren zu dürfen. Dies ist für uns wichtig, da wir Behandlungstermine 1-2 Tage vor Vereinbarung bestätigen und da wir die Möglichkeit haben, Sie anzurufen, wenn Behandlungstermine verlegt oder erweitert werden müssen.

Des Weiteren benötigen wir Ihre Erlaubnis, um ein flüssiges und für Sie effizientes Recallsystem zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass wir Termine mit Ihnen koordinieren können und dass wir Sie auch regelmäßig an Vorsorge- oder Prophylaxetermine erinnern können. Ich bin mit dem Recall-Service, der Terminbestätigung und -koordination der Praxis Dr. Morlok einverstanden

Hiermit melde ich mich oder mein Kind zur Behandlung bei der Praxis Dr. Stefanie Morlok an. Die Behandlung findet gemäß der Praxisbedingungen der Praxis Dr. Morlok statt.

Mir ist bekannt, dass bei Fernbleiben der vereinbarten Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, eine Gebühr von 150 Euro je vereinbarter Stunde anfällt. Die Praxisbedingungen akzeptiere ich hiermit. Ich versichere, dass meine Angaben zur Anamnese stimmen.

Um unseren Verwaltungsaufwand zu optimieren und somit mehr Zeit für die Behandlung aufbringen zu können, **bitten wir Sie Rechnungsbeträge unter 300 Euro möglichst in der Praxis bar oder mit EC-Karte** zu bezahlen. Bitte unterschreiben Sie das Formular für die Abrechnung über das Abrechnungszentrum Abzr. Die Unterschrift des Abzr-Formulars ist für unsere Praxen eine Voraussetzung für die Behandlung in unseren Praxen.

Datum:

Unterschrift:

Private Krankenversicherung – verschiedene Tarife und Auslegungen

Erfahrungen zeigen, dass bei der Kostenerstattung durch Private Krankenversicherungen und durch Beihilfestellen sehr häufig Diskussionen zur Erstattung auftreten. Die Gründe hierfür liegen in der Verschiedenheit der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen.

- Zum einen handelt es sich um die Rechtsbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Zum anderen besteht eine davon unabhängige, zweite Rechtsbeziehung zwischen Patient und kostenerstattender Stelle (Private Krankenversicherung oder Beihilfestelle).
- Im Rechtsverhältnis Patient/Zahnarzt gelten für die Honorargestaltung ausnahmslos die Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte. Dabei orientiert sich der Zahnarzt in Zweifelsfragen an den Rechtsauffassungen der Bundeszahnärztekammer oder der zuständigen Zahnärztekammer.
- In der Rechtsbeziehung Patient/kostenerstattende Stelle finden neben der Gebührenordnung für Zahnärzte jedoch ergänzend Bestimmungen des Versicherungsvertrages, tarifvertragliche Regelungen, Beihilferichtlinien und nicht zuletzt die Auffassungen der kostenerstattenden Stelle zu den verordnungsrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung Anwendung. Das führt dazu, dass von Seiten der kostenerstattenden Stellen mitunter abweichende Interpretationen, Forderungen und teilweise subjektive Aussagen im Rahmen der Bearbeitung von Liquidationen und Behandlungsplänen getroffen werden, die häufig im Widerspruch zu den zahnärztlichen Auffassungen zur Gebührenordnung stehen.

Die Liquidationserstellung (**Berechnungsfähigkeit**) und Liquidationserstattung (**Erstattungsfähigkeit**) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Liquidation nicht nach den Vorstellungen der Kosten erstattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Ich bin über die Erstattungsproblematik ausreichend aufgeklärt worden. Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden. **Selbst wenn die Erstattungsstelle den in der Liquidation ausgewiesenen Rechnungsbetrag nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet, ist mir bekannt, dass ich gegenüber dem Zahnarzt den kompletten Gesamtbetrag zu begleichen habe.**

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger



DR. STEFANIE MORLOK, PRIVATZAHNÄRZTLICHE PRAXIS

Einwilligungserklärung

Diese Erklärung gilt als Behandlungsvertrag. Der Unterzeichner wird hiermit aufgeklärt, dass sämtliche Beratungs-, Diagnose-, Behandlungs- und Laborkosten, die in dieser Praxis anfallen, nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Auch Kosten, die eventuell nicht von den privaten Krankenkassen übernommen werden, müssen vom Unterzeichner getragen werden. Gerne erstellen wir für Sie Heil- und Kostenpläne gegen eine Gebühr nach GOZ.

Datum

Unterschrift Patient