



Zahnmedizinisches Zentrum Hamburg  
Dr. Jörg-Sebastian Metz

## Herzlich willkommen bei uns!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient\*in

.....

Anrede	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer		Telefon dienstlich	Telefon privat
Postleitzahl	Ort	Emailadresse	

.....

### Versicherte\*r / Gesetzliche\*r Betreuer\*in

.....

Anrede	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer		Telefon dienstlich	Telefon privat
Postleitzahl	Ort	Emailadresse	
Beruf	Arbeitgeber		
Straße / Hausnummer Arbeitgeber		Postleitzahl / Ort	Telefon Arbeitgeber

.....

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach §615 und §293 BGB berechnen müssen. Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Diese Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Wir ersparen uns damit Verwaltungsarbeit und haben mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung. Selbstverständlich wird Ihr Einverständnis vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung eingeholt.

Mit meiner unten stehenden Unterschrift entbinde ich die Praxis im Falle einer Privatrechnung gegenüber diesen Unternehmen von der ärztlichen Schweigepflicht und bin mit der Weitergabe der Rechnungsdaten (gemäß DSGVO) an die ZA AG und ggf. die kreditgebende Bank einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient\*in / Erziehungsberechtigte\*r

→ weiter auf Seite 2



Zahnmedizinisches Zentrum Hamburg  
Dr. Jörg-Sebastian Metz

Zunächst eine persönliche Frage: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praxisschild | <input type="checkbox"/> Internetvergleichsportal       | <input type="checkbox"/> Werbung / Plakat |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch  | <input type="checkbox"/> Internetverzeichnis der Kammer | <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel  |
| <input type="checkbox"/> Homepage     | <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung         | <input type="checkbox"/> Google           |

Wir verstehen uns als eine moderne zahnmedizinische Praxis. In diesem Sinne besteht ein wichtiger Teil unseres Behandlungskonzeptes in der umfangreichen Prophylaxe. Sie dient nicht nur der Behandlung bereits bestehender Erkrankungen, sondern auch und vor allem deren Vorbeugung.

Im Interesse einer optimalen zahnmedizinischen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

1.  Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung
2.  Leiden Sie unter Zahnfleischbluten
3. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?  
 Asthma (schwere Atemnot)     Allergische Reaktionen wie z.B. Heuschnupfen
4. Litten Sie bereits unter:  
 Herzinfarkt     Schlaganfall     Gelbsucht     Zuckererkrankungen (Diabetes)  
 Schilddrüsenerkrankungen     Epileptiforme Anfälle     Lähmungen     Lebererkrankungen  
Wenn ja, wann? .....
5. Haben Sie Beschwerden im/am/an:  
 Magen / Darm / Verdauung     Wirbelsäule     Gelenken     Kiefergelenken
6.  Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?  
Wenn ja, wann? .....
7. Wie ist ihr Blutdruck?  
 zu niedrig     normal     zu hoch
8.  Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
9.  Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?    Wenn ja, mit welchem Ergebnis? .....
10.  Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? .....
11.  Leiden Sie unter Unverträglichkeit von Medikamenten?  
Wenn ja, welche? .....
12.  Besitzen Sie einen Allergiepass?
13.  Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? .....
14. Wann hatten Sie ihre letzte Röntgenuntersuchung? .....
15. Sonstige Hinweise .....
16. Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehen mitzuteilen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient\*in / Erziehungsberechtigte\*r

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!