



MKG BOGENHAUSEN | PRINZ 78

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Alle Ihre Angaben sind streng vertraulich (ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz)!

Nachname: ..... Vorname: ..... geb.am: .....

Straße/Hausnr.: ..... PLZ/Ort: .....

Telefonnr. privat: ..... Telefon geschäftlich: .....

E-Mail: ..... Handy: .....

Beruf: ..... Firma: .....

privat versichert (**Name d. Versicherung ?**) .....

Standard/Basis-Tarif  Selbstzahler

Beihilfe: .....  private Zusatzversicherung: .....

Versicherungsnehmer (ggf. Ehepartner/Elternteil): ..... geb.am: .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  Internet  Praxisschild  Bekannte / Familie

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt / Zahnärztin? .....

### ANAMNESE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: Welche? .....  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Marcumar/Aspirin/andere blutverdünnende Medikamente ein?  Ja  Nein

Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit? Wenn ja: Welche? (z.B. Penicillin, Latex)  Ja  Nein

Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, erstellen wir gern eine Kopie für unsere Unterlagen.

Haben Sie bisher beim Zahnarzt Betäubungsspritzen gut vertragen?  Ja  Nein

**Wir weisen darauf hin, dass Sie 24h nach einer Betäubungsspritze kein Fahrzeug führen sollten!**

Rauchen Sie? Wenn ja: Wie viel? ..... Stück/.....  Ja  Nein

Für Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja: Welche Woche? .....  Ja  Nein

Wann wurde das letzte Röntgenbild Ihres Kiefers erstellt? .....

#### Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Blutgerinnungs-Störung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Herzerkrankungen/Herz OP/Stent?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Knochenerkrankungen? (z.B. Osteoporose)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes mellitus ( <b>Typ: .....</b> )?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsen-Fehlfunktion?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anfallsleiden/Epilepsie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Atemwegserkrankung/Asthma?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	AIDS (HIV positiv)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Psychische Erkrankung/Depression?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Herzklappenfehler, Schrittmacher)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**BITTE SEITE WENDEN UND UNTERZEICHEN →**



MKG BOGENHAUSEN | PRINZ 78

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben elektronisch gespeichert, verarbeitet und an die mitbehandelnden Ärzte u. Zahnärzte per Post oder E-Mail weitergegeben werden. Falsche Angaben können ggf. gesundheitliche Schäden hervorrufen und/oder den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Dieses Verfahren kann durch Widerruf jederzeit beendet werden.

Falls Sie bisher bereits in der MKG Bogenhausen Dr. Hauck und Kollegen MVZ GmbH in Behandlung waren, willigen Sie hiermit zum Datenübertrag Ihrer Patientenunterlagen in die Patientenkartei der MKG Bogenhausen Prinz 78, Dr. W. Hauck und Dr. Dr. Ch. Pache, ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten des Aufnahmebogens sowie die Kenntnisnahme der Patienteninformation zum Datenschutz.

München, den .....

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: .....

### **Wichtiger Hinweis zur Abrechnung für Beihilfeempfänger und privat versicherte Patienten**

Unter Umständen wird ein Teil Ihrer Behandlungskosten von Ihrer Beihilfestelle oder Versicherung nicht erstattet. Ihre Beihilfestelle bzw. Versicherung entscheidet, um welche Kosten es sich im Einzelfall handelt. Ihr Arzt oder Zahnarzt kann Ihnen hierüber keine Auskunft geben.

Grundsätzlich sind die Kosten normaler, in der Gebührenordnung enthaltener Maßnahmen als notwendig anzusehen und damit für privat versicherte Patienten und/oder Beihilfeberechtigten erstattungspflichtig.

In letzter Zeit sind jedoch von einigen Versicherern und Beihilfestellen wiederholt Versuche unternommen worden, mit eigenen Interpretationen und nicht immer zutreffenden Begründungen die Erstattung bestimmter Positionen von Honorarabrechnungen fälschlicherweise als „nicht berechnungsfähig“ zu bezeichnen.

Unsere Rechnungsstellung orientiert sich ausschließlich an der bei Ihnen durchgeführten Behandlung und an der vom Gesetzgeber erlassenen Gebührenordnung.

Wir bitten Sie daher zu bedenken, dass einseitige Auslegungen der Gebührenordnung, wie sie von Beihilfestellen und Versicherern zuweilen erfolgen, nicht Grundlage unserer Honorarabrechnung sein können.

Somit können wir Kürzungen unserer Rechnungen leider nicht zustimmen, auch wenn keine völlige Erstattung gewährleistet wurde.

Informieren Sie sich bitte vorab genau über Ihren Versicherungstarif und reichen Sie rechtzeitig Ihren Kostenvoranschlag ein, um ggf. später auftretenden Unstimmigkeiten entgegenzuwirken.

Falls Material- und Laborkosten anfallen, werden diese nach §9 der GOZ aufgrund überdurchschnittlicher Qualität, hoher Präzision und des damit verbundenen Zeitaufwandes nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) berechnet und liegen je nach individueller Situation des Patienten im Bereich des geschätzten Honorars.

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis, bei entsprechender Notwendigkeit und Begründung die entstehenden Kosten bei einer Rechnungsstellung bis zum Berechnungsfaktor 3,5 zu übernehmen.

München, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. eines Erziehungsberechtigten

**GERNE KÖNNEN SIE UNS DEN ANAMNESEBOGEN AUCH VORAB PER MAIL ZUKOMMEN LASSEN: [info@mkg-bogenhausen.de](mailto:info@mkg-bogenhausen.de)**