

.....
Name, Vorname

.....
geb. am

.....
Strasse

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefonnummer- + Mobil-nummer

.....
Krankenkasse

.....
Arbeitgeber

.....
Telefon Arbeitsplatz

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und bitten Sie, diese Termine einzuhalten.

Ist es einmal nicht möglich, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Nehmen Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahr, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis zu setzen, machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Berechnungsgrundlage für das in diesem Falle anfallende „Ausfallhonorar“ ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde, der sich auf einen Betrag in Höhe von 200,00€ pro Stunde beläuft.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Emmendingen, den

.....
(Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters)

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit
möglichst genau! Zutreffendes bitte ankreuzen:**

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Herz/Kreislauf | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| | <input type="checkbox"/> | Herzklappenfehler/Herzklappenersatz |
| | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher |
| | <input type="checkbox"/> | Endokarditisrisiko |
| | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris / Herzinfarkt / Herzoperation |
| Infektiöse Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | AIDS / HIV |
| | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A / B / C |
| | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | ich habe einen Allergiepass |
| | <input type="checkbox"/> | auf Lokalanästhetika (Spritzen) |
| | <input type="checkbox"/> | auf Antibiotika (z.B. Penicillin) |
| | <input type="checkbox"/> | auf Schmerzmittel |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> | auf Metalle |
| | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung |
| | <input type="checkbox"/> | Asthma / Lungenerkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> | Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> | Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannung, Tinnitus | |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> | Gerinnungshemmende Medikamente |
| | <input type="checkbox"/> | Bisphosphonate (bei Osteoporose oder Tumor) |
| | <input type="checkbox"/> | andere: |
| Drogen (auch Rauchen) | | |

