

Bitte senden Sie uns alle Formulare vor Ihrem Beratungstermin ausgefüllt als PDF per Mail an: rezeption@krikke.de und geben im E-Mail-Betreff an:

“AB: Ihren Namen, Geb.datum, Termin”

Andere Formate als PDF können nicht verarbeitet werden. Alternativ können Sie die ausgefüllten Formulare ausgedruckt zu Ihrem Termin mitbringen.

Patient		Stammversicherter	
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße / Nr.	<input type="text"/>	Straße /Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Handy Patient	<input type="text"/>	Handy Eltern	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>		
Zahnarzt	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Privat versichert bei: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Kostenerstattung		Abweichender Rechnungsempfänger: Name: <input type="text"/> Adresse: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Telefon: <input type="text"/>	
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Knirschen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Weisheitszähne entfernt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Andere OP im Mund-/Kieferbereich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>	
Material-/Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>	
Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>	
Sprachstörungen (z.B. Lispeln)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="text"/>	
Röntgenbild der Zähne vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="text"/>	Arzt: <input type="text"/>
Kieferorthopädisch vorbehandelt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="text"/>	Arzt: <input type="text"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und willige der Speicherung ein. Änderungen werden unverzüglich mitgeteilt. Mir ist bewusst, dass bei der Übermittlung per Mail Sicherheitslücken auftreten können. Ihre E-Mail-Adresse wird für Terminerinnerungen und Rechnungsversand genutzt.

Datum:

Unterschrift:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE/SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihre Daten müssen – sofern gesetzlich vorgeschrieben – an Dritte weitergegeben werden (z.B. Abrechnung mit zahnärztlichen Stellen), da eine Behandlung sonst nicht möglich ist. Für eine reibungslose Kommunikation mit anderen Ärzten/Laboren bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Zusammenarbeit nicht möglich. Ihre Einwilligung sollten Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name, Geb.datum:

Adresse:

ein, dass personenbezogene Daten, sowie Daten über meine ärztliche Behandlung von der Praxis Dr. Krikke & Rehbein an für eine Zusammenarbeit an Folgende weitergegeben werden dürfen:

Ankreuzen:

- Meinen Zahnarzt/Arzt/Therapeut/Labor/Krankenhaus
- Private Kostenträger (private Krankenversicherungen/ Beihilfe)
- Betreuungspersonen (z.B. Jugendamt, Kinderheim, o.ä., müssen benannt werden):
- Ich möchte eine schriftliche Erinnerung zur Vorsorgeuntersuchung erhalten (z.B. Wiedervorstellung in 1 Jahr)
- Ich möchte Dokumente per Mail erhalten, Mail an:
(z.B. Terminerinnerungen, Rechnungen oder Bescheinigungen)

-
- Meine Daten dürfen an folgende Person **NICHT** weitergegeben werden:

Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann, bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die Praxis Dr. Krikke & Rehbein, sowie die Ärzte/Therapeuten in den genannten Einrichtungen von der Schweigepflicht.

Lüdenscheid, den

Unterschrift Patient, ggf. gesetzl. Vertreter

Vereinbarung über Ausfallhonorar

zwischen

Dr. Harald Krikke & Nadine Rehbein, Schillerstr. 20a, 58511 Lüdenscheid
-nachfolgend Praxis genannt-

und

Name, Adresse:

-nachfolgend Patient genannt-

Bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter:

Für jeden Patienten werden erforderliche Behandlungszeiten langfristig reserviert, bei zeitintensiven Terminen kann kein anderer Patient in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit behandelt werden.

Aufgrund häufiger, unentschuldigter oder zu später Absagen in der Vergangenheit kommt es zu erheblichen finanziellen Einbußen durch Ausfallzeiten. Wir schließen uns anderen Praxen an und stellen diese Ausfallzeiten zukünftig in Rechnung.

**Sollten Termine nicht mind. 24 Stunden vorher abgesagt werden,
stellen wir dem Patienten eine Ausfallpauschale von
50,00€ je angefangene Stunde in Rechnung.**

-für unverschuldetes Fernbleiben sind die Gründe schriftlich nachzuweisen

-diese Ausfallpauschale wird von keiner gesetzlichen oder privaten Versicherung erstattet und muss privat bezahlt werden

-Absagen sind bis 24 Stunden vor dem Termin telefonisch (02351-6727990) oder auch außerhalb der Sprechzeiten per Mail (rezeption@krikke.de) möglich

Der Patient ist mit o.g. Regelung einverstanden.

Lüdenscheid, den

Unterschrift Patient, ggf. gesetzl. Vertreter: