

Dürfen wir Sie etwas unter die Lupe nehmen?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist immer Ihre höchste Zufriedenheit als Patient. Wir setzen auf gegenseitiges Vertrauen und beraten Sie im Sinne einer optimalen Versorgung Ihrer Zähne und Ihres Kauorgans unter Berücksichtigung Ihrer finanziellen Möglichkeiten oder den Zwängen Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und Beihilfe.

Unser Ziel für Sie ist langfristige Zahngesundheit, besonders unter dem Zeichen Ihrer Vitalität und Attraktivität. Ihre Behandlung erfolgt immer nach ganzheitlichen Gesichtspunkten, nach dem Motto:

„An jedem Zahn hängt hinten dran der ganze Mensch“

Sie kommen zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie normalerweise nur geringe Wartezeiten.

Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig – d.h. spätestens 24 Stunden vorher – ab, da wir Ihnen sonst die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gem. §§304, 611, 615 BGB) in Rechnung stellen können. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. Schmerzen) in unsere Praxis, versuchen wir Sie gerne einzuschieben, jedoch müssen Sie bitte mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient legen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Im Zuge des 2. Neuordnungsgesetzes (3. Stufe der Gesundheitsreform) haben ab dem 01.07.1997 freiwillig versicherte Krankenkassenmitglieder ein Wahlrecht zwischen kassenärztlicher Behandlung und Privatbehandlung mit Kostenerstattung.

Nutzen Sie diese Möglichkeit der Kostenerstattung!

Für privat versicherte Patienten erfolgt die Berechnung zahnärztlicher Leistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Für die Erstattung durch den Kostenträger sind jedoch die tariflichen Bedingungen Ihres Versicherungsvertrages und die Richtlinien der Beihilfestellen maßgebend.

Dies kann dazu führen, dass aufgrund dieser Vorgaben oder durch abweichende Auffassungen der kosten-erstattenden Stellen keine vollständige Kostenübernahme gewährleistet ist. Bitte überprüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag, inwieweit dieser Einschränkungen bezüglich der Erstattung des zahnärztlichen Honorars enthält. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne persönlich zur Verfügung und verweisen gleichzeitig auf unser Merkblatt „Information zur Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung und Ihre Beihilfestelle.“

Die erbetenen Angaben für Ihr Krankenblatt werden selbstverständlich vertraulich behandelt und fallen unter die ärztliche Schweigepflicht.

In Ihrem Interesse möchten wir Sie bitten, uns über Ihre Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Anschrift oder Telefonnummer zeitnahe zu informieren.

Patient/in

Name _____

Telefon (privat) _____

Vorname _____

Telefon (geschäftlich) _____

PLZ, Ort _____

Mobiltelefon _____

Straße, Nr. _____

E-mail _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Anschrift Arbeitgebers _____

Versicherte/r

Name _____

Telefon (privat) _____

Vorname _____

Telefon (geschäftlich) _____

PLZ, Ort _____

Mobiltelefon _____

Straße, Nr. _____

E-mail _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Anschrift Arbeitgebers _____

Angaben zur Krankenkasse

Krankenkasse _____

☐ Ich bin pflichtversichert

☐ Ich bin freiwillig versichert

☐ Ich bin beihilfeberechtigt

☐ Ich wünsche Kostenerstattung (gem. §13 Abs. 2 SGB V)

☐ Ich bin privat versichert (**Bitte Anlage 1 unterzeichnen**)

☐ Ich bin nicht versichert

☐ Ich bin privat zusatzversichert

☐ Ich bin Selbstzahler

☐ Ich bin Standard-/Basistarif-Versicherte(r)
§ 257 Abs. 2a SGB V (**Bitte Anlage 2 unterzeichnen**)

☐ Ich wünsche Abrechnung über die Versichertenkarte
soweit möglich

Angaben zum Hausarzt

Hausarzt _____

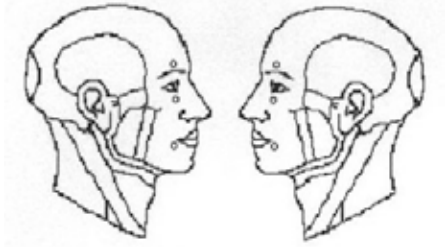
Telefon _____

Ort _____

ÄSTHETIK. LEIDENSCHAFT. PERFEKTION.

Kulmbacher Straße 3 · 95512 Neudrossenfeld · 09203 9732-0 · info@gressmann.de · www.gressmann.de

Wir möchten Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Ihre Person abstimmen. Dazu benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen sorgfältig und vollständig. Sie dienen damit Ihrer Gesundheit und Ihrer Sicherheit. Bei Unklarheiten fragen Sie uns bitte.

Gesundheitszustand	NEIN	JA
Haben/Hatten Sie einen Nierenschaden/Niereninsuffizienz?	☐	☐
Leiden Sie unter Herz- /Kreislaufbeschwerden?	☐	☐
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Haben Sie ein Organtransplantat?	☐	☐
Leiden Sie unter Rheuma?	☐	☐
Leiden Sie unter Hepatitis / Lebererkrankung?	☐	☐
Leiden Sie unter dem „Grünen Star“?	☐	☐
Haben/Hatten Sie Infektionskrankheiten (Tbc, AIDS)?	☐	☐
Leiden Sie an einer Bluterkrankung oder einer Blutgerinnungsstörung?	☐	☐
Haben/Hatten Sie Magen- oder Darmerkrankungen?	☐	☐
Neigen Sie zu Ohnmacht?	☐	☐
Haben Sie Allergien?	☐	☐
Leiden Sie unter Diabetes mellitus / Zucker	☐	☐
Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?	☐	☐
Haben Sie Asthma?	☐	☐
Sind Sie Raucher?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	☐	☐
Haben Sie Bisphosphonate bekommen?	☐	☐
Wenn, ja welche:		
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen? (Tinnitus)	☐	☐
Haben Sie manchmal Rückenschmerzen oder Beschwerden der Wirbelsäule	☐	☐
Wo? ☐ LWS ☐ BWS ☐ HWS		
Haben Sie Kopfschmerzen (Migräne) oder Spannungskopfschmerzen	☐	☐
Wo treten die Kopfschmerzen auf? Bitte einzeichnen 		
Wer ist Ihr behandelnder Orthopäde?		
Haben Sie verschiedene Beinlängen?	☐	☐
Tragen Sie Schuheinlagen zum Ausgleich dieser Beinlängenunterschiede?	☐	☐

Gesundheitszustand	NEIN	JA
Sind Sie in den letzten 6 Monaten geröntgt worden?	☐	☐
Welches Körperteil?		
Hatten Sie früher Operationen?	☐	☐
Welche?		
Wann?		
Treiben Sie Sport?	☐	☐
Welche Sportarten?		
Vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?	☐	☐
Welche ?		
Legen Sie Wert auf eine ganzheitliche, naturheilkundlich orientierte Zahnmedizin	☐	☐
Sonstige Angaben/ andere Krankheiten		

Ein paar Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Warum kommen Sie in unsere Praxis, was ist Ihr Hauptanliegen?

Worauf sollen wir bei der Durchsicht Ihrer Zähne besonders achten?

Gesundheitszustand	NEIN	JA
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung (Spange)?	☐	☐
Sind alle Weisheitszähne entfernt?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischbluten?	☐	☐
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?	☐	☐
Haben Sie schmerzstillende Spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?	☐	☐
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	☐	☐
Bitte beachten Sie, das die Fahrtüchtigkeit unter Einfluß von Medikamenten oder Injektionen zur örtlicher Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann		
Gab es Komplikationen während oder nach einer Zahnbehandlung?	☐	☐
Haben Sie anhaltende Zahn-, Mund- oder Kieferschmerzen?	☐	☐
Haben Sie Interesse an Zahnaufhellung (Bleaching)?	☐	☐

Allgemeine Fragen

NEIN JA

Möchten Sie, dass wir Sie in einem kurzen Brief daran erinnern, wenn wieder eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung fällig ist, damit Sie Ihren Krankenkassenbonus nicht verlieren?

☐☐

Sind Sie aufgrund einer Empfehlung in unsere Praxis gekommen?

Auf wessen Empfehlung?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Beachten Sie bitte, dass Spritzen und Medikamente Ihr Reaktionsvermögen (Straßenverkehr, Bedienung von Maschinen etc.) beeinflussen können!

Datum

Unterschrift

ANLAGE I

PATIENTENMERKBLATT FÜR PRIVATVERSICHERTE UND SELBSTZAHLER

Die Anzahl der von den Versicherungen angebotenen unterschiedlichen Tarife nimmt für den Arzt als Leistungserbringer im Gesundheitswesen unüberschaubare Ausmaße an. Aber auch für die Versicherten ist oft nicht mehr klar erkennbar, welche Leistungen von Ihrer Versicherung übernommen werden, wo Zuzahlungen zu leisten sind oder welche Leistungen nicht Inhalt des jeweiligen Versicherungstarifes sind.

Neben der klassischen Form der finanziellen Selbstbeteiligung und des Ausklammerns von medizinischen Leistungsinhalten werden auch neue, meist so genannte „Standard-Tarife“ angeboten, die die Rechnungsstellung des Arztes direkt betreffen. Bestimmte Steigerungsfaktoren der Rechnungslegung können ausgeschlossen oder gar die Kostenübernahme auf den so genannten Steigerungssatz der Gebührenordnung für Ärzte reduziert werden.

Wir als ihre behandelnden Ärzte stellen unsere Leistungsvergütung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (kurz GOZ) auf, die seit mehr als zwanzig Jahren nicht mehr wesentlich verändert wurde. Die GOÄ ist in verschiedene Abrechnungsziffern aufgeteilt. Je nach Aufwand oder Schwierigkeitsgrad der erbrachten Leistung kann der Arzt einen so genannten – in der GOÄ und GOZ festgelegten – Steigerungsfaktor ansetzen. Dieser beträgt im Regelfall zwischen 1,0 und 3,5. Ein Überschreiten des 2,3fachen Faktors muss in der Rechnung gesondert begründet werden.

Versicherungstarife, die die Verwendung von solchen Steigerungsfaktoren ausschließen, suggerieren dem Versicherten, dass diese Steigerungsfaktoren in seiner Rechnung nicht verwendet werden dürfen. Dem ist nicht so. Tatsächlich bedeutet der Versicherungstarif zwar keine medizinische Leistungsbegrenzung, dafür aber eine Begrenzung der Rückvergütung für den Versicherten.

Bestimmte ärztliche und medizinisch technische Leistungen können nur unter Verwendung von solchen Steigerungsfaktoren finanziert und erbracht werden. Dazu gehören insbesondere operative Leistungen, die auf hohem Personal- und Materialaufwand beruhen. Aus diesem Grund können wir auf eine entsprechende Rechnungsstellung nicht verzichten.

Wir weisen Sie deshalb ausdrücklich darauf hin, dass wir gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte wie bisher in Deutschland üblich den 1,0 bis 3,5 fachen Steigerungssatz in Rechnung stellen.

Basisversicherungstarif mit Leistungs- oder Vergütungsbegrenzung sind Risikoversicherungen. Eine niedrige monatliche Versicherungsrate kann dabei im Leistungsfall mit einer höheren finanziellen Belastung für den Versicherten verbunden sein.

Das individuelle Versicherungsrisiko kann über verminderte Rechnungslegung durch den Arzt nicht kompensiert werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Behandlungsvertrag/Einverständniserklärung

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich das Patientenmerkblatt für Privatversicherte und Selbstzahler erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen habe.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Dies gilt auch für die durch die Anwendung analoger Berechnungen entstehenden Kosten.

Ich bin ferner darüber informiert worden, dass die Krankenkasse/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages im Ausnahmefall ganz oder teilweise ablehnen kann.

Datum

Unterschrift

ANLAGE II

Erklärung

Name

PLZ, Ort

Vorname

Straße, Nr.

Geburtsdatum

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich als Versicherter im Standardtarif/Basistarif der PKV gegenüber meinem privaten Versicherungsunternehmen nur Anspruch auf Erstattung der Kosten für solche Leistungen bei Krankheit habe, die denjenigen in der GKV jeweils vergleichbar sind.

Ferner bin ich darüber aufgeklärt worden, dass zahnärztliche Leistungen in diesem Rahmen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte grundsätzlich mit der Maßgabe zu berechnen sind, dass nur bis zum 2,0 fachen des Gebührensatzes der GOZ berechnet werden kann.

Ich wünsche eine zahnärztliche Behandlung unabhängig von diesen Beschränkungen des Standardtarifs/Basistarifs der PKV.

Datum

Ich bin in diesem Zusammenhang darüber aufgeklärt worden, dass ich für solche Behandlungsmaßnahmen, die nicht vom Standardtarif/Basistarif der PKV umfasst sind, von meinem privaten Versicherungsunternehmen voraussichtlich keine Erstattungsleistungen bekommen werde.

Ferner bin ich darüber aufgeklärt worden, dass ich von meinem privaten Versicherungsunternehmen für solche Behandlungsmaßnahmen, die ohne die Einschränkungen hinsichtlich des Standardtarifs/Basistarifs der PKV unter Zugrundelegung maximal des 2,0 fachen Gebührensatzes der GOZ abgerechnet werden, voraussichtlich nur eingeschränkte Erstattungsleistungen unter Zugrundelegung höchstens des 2,0 fachen Gebührensatzes erhalten werde.

Unterschrift