

**KATARINA PREUGSCHAT**  
**WOLF-DIETER PREUGSCHAT**  
**Zahnärzte**

Rahlstedter Bahnhofstraße 17  
 22143 Hamburg  
 Tel.: 040 - 661101  
 Fax.: 040 - 636 505 23

<b>Patient</b>	Name	Vorname	Geb.
<b>Hauptversicherter</b>	Name	Vorname	Geb.
<b>Anschrift</b>	Straße, Nr.		Tel. privat
	PLZ	Ort	
<b>Gesetzliche Krankenkasse</b>	Bezeichnung		Kostenerstattung?
<b>Private Versicherung</b>	Bezeichnung		Beihilfe?
<b>Arbeitgeber</b>	Name/Firma	Tel. dienstlich	Beruf
<b>Hausarzt</b>	Name		Telefon

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten und dass wir uns viel Zeit für Sie nehmen können. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 48 Std. vorher absagen müssen, damit wir diese Zeit für andere Patienten nutzen können. Sollte das Nichterscheinen nicht unverschuldet sein, stellen wir Ihnen verständlicherweise die ausgefallene Behandlungszeit privat in Rechnung.

**Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:**

Bei Nichtvorlage der Krankenversicherungskarte muß diese spätestens 5 Tage nach Behandlungstermin, beigebracht werden, andernfalls folgt eine Privatabrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

**Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigt Patienten:**

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der gesetzlich vorgeschriebenen Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen durch Ihre Erstatter können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- und Laborkosten werden gemäß § 9 GOZ nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

**Wünschen Sie eine spezielle Beratung zu folgenden Themen?**

Amalgam - Entfernung und Alternativen? \_\_\_\_\_  
 Kiefergelenkbehandlung bei Knacken im Kiefer, Knirschen o. ä.? \_\_\_\_\_  
 Professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? \_\_\_\_\_

Ich bin durch \_\_\_\_\_ auf Ihre Praxis aufmerksam geworden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich verpflichte mich rechtzeitig, Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluß von Injektionen sowie Medikamenten, die mir vor, während und nach der zahnärztlichen Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

---

Datum und Unterschrift