

PATIENT:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Haupt-Versicherer:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Private Anschrift:

Straße _____ Nr. _____ Telefon privat _____

Mobil-Telefon _____ email-Adresse _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefax _____

Krankenversicherung: _____ **Beihilfe** ja nein

Berufliche Anschrift:

Name/Firma _____ Telefon geschäftlich _____ Fax geschäftlich _____

Beruf:

Empfohlen durch: _____

Spezielle Erkrankungen:

ja nein

Allgemeine Erkrankungen:

ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand innerhalb des letzten Jahres geändert? ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Fühlen Sie sich derzeit stark belastet (Schicksalsschläge, nervliche Anstrengungen,..)? ja nein

Haben Sie empfindliche Zahnhälse? ja nein

Werden Sie gegenwärtig ärztlich behandelt? ja nein

Neigen Sie dazu, mit den Zähnen zu pressen oder zu reiben? ja nein

Name und Anschrift meines Arztes: _____

Haben Sie Beschwerden mit Ihrem Zahnersatz, mit Kronen-Brücken? ja nein

Hatten Sie irgendeine Operation? Wenn ja, welche/wann? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? ja nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja nein

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten: Rheumatische Erkrankungen, Ischias, Hexenschuss, .? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnform / Zahnfarbe zufrieden? (auf einer Skala von 1(nein) -10 (ja))

Herz-Erkrankungen, Angina Pectoris, Herzinfarkt, etc. ? ja nein

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Andere Beschwerden mit Ihren Zähnen? ja nein

Kreislauf-, hoher / niedriger Blutdruck? ja nein

Röntgen:

Allergien, Bronchialasthma, Heuschnupfen, Arznei-Überempfindlichkeit? ja nein

Sind Sie schon von einem anderen Zahnarzt geröntgt worden? ja nein

Hormonelle Störungen, Diabetes, Schilddrüse, Zyklusstörungen, etc.? ja nein

Wenn ja, innerhalb der letzten 12 Monate? ja nein

Hepatitis, Gelbsucht oder Leberschaden? ja nein

Bei welchem Zahnarzt? _____

Rauchen Sie? ja nein
Schnarchen Sie? ja nein

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente oder Drogen? Wenn ja, welche? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Haben Sie noch irgendwelche Krankheiten, die nicht erwähnt worden sind, von denen Sie aber meinen, dass wir sie wissen sollten? Wenn ja, welche? ja nein

Welcher Monat? _____ ja nein

Unsere Praxis wird nach dem **Bestellsystem** geführt. Dies erspart Ihnen große Wartezeiten und ist für uns die Grundlage, dass wir in der nur für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zur Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie – wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können – **spätestens 48 Stunden** vorher absagen müssen, da wir sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung stellen müssen. Wir behandeln Sie ausschließlich im Rahmen des „Dienstvertrages“ (BGB § 611 etc.). Dies gilt für alle Arten von zahnärztlicher bzw. ärztlicher Behandlung.

Die Abrechnung der Behandlung erfolgt nach der aktuell gültigen Gesetzesgrundlage, nämlich nach der Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Wir können und dürfen uns deswegen nicht nach irgendwelchen Verträgen zwischen Ihnen und Ihrer Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle richten. Sollten also Ihre Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle wider Ihr Erwarten **bitte wenden**

nicht alle in unserer zukünftigen Rechnung aufgeführten Beträge erstatten, so müssen wir Sie dennoch zu einer uneingeschränkten Bezahlung verpflichten. Nur unter dieser Bedingung können wir Ihre Behandlung übernehmen.

INFORMATION FÜR DEN PATIENTEN/ZAHLUNGSPFLICHTIGEN

Bei Ihnen/ Ihrem Ehepartner/Ihrem Kind besteht eine zahnärztliche/ ärztliche Behandlungsnotwendigkeit. Sie haben sich als Privatpatient angemeldet und wünschen somit eine privat Zahnärztliche Behandlung. Danke für Ihr Vertrauen.

Die Abrechnung unserer zahnärztlichen/ärztlichen Bemühungen erfolgt auf der aktuell gültigen Gesetzesgrundlage, nämlich der Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ bzw. der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ.

Vorweg: Die Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ 2012 ersetzt die seit 1988 gültige GOZ 1988, diese war seit somit 28 Jahren unverändert gültig! Bis auf wenige Positionen ist der Punktwert einer zahnärztlichen Leistung auch bei der aktuellen GOZ nicht erhöht worden, vielfach sogar gegenüber 1988 abgewertet worden. Dies, obwohl der Gesetzgeber selber den Punktwert in die Gebührenordnung eingebracht hat, um damit die Honorierung einer Leistung der geänderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen! Das ist Gesetzestext – passiert ist 28 Jahre nichts! Punktwert mal Steigerungsfaktor legt die Gebühr für eine zahnärztliche Leistung fest, d.h. eine Behandlung zum 2,3 fachen Satz der Gebührenordnung entspricht bei unveränderten Punktwert einer Honorierung auf dem Niveau von 1988 oder darunter! Dies ist uns – gemäß unseres Qualitätsanspruches – in den ganz überwiegenden Fällen nicht möglich, da in diesem Zeitraum eine Teuerung aller Betriebskosten von über 60% aufzufangen ist!

Behandlungen zum 2,3 fachen Satz liegen bei den vielen Positionen unter dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung BEMA, die Honorierung erreicht damit noch nicht einmal den Betrag, der bei Hartz IV-Leistungsbezug kommentarlos gezahlt wird!

Akutbehandlungen, Eingangsuntersuchungen, die Erstellung diagnostischer Unterlagen und Behandlungen zur Abklärung der Schwere der Erkrankung sowie rein konservative Therapien werden auch ohne vorherige Erstellung eines Heil- und Kostenplanes durchgeführt!

Vor aufwendigen prothetischen, parodontologischen oder implantologischen Therapien erfolgt in jedem Falle die Erstellung eines Heil- und Kostenplan entsprechend GOZ 0030/0040. Hierbei planen wir die entstehenden Kosten sehr sorgfältig, so dass Sie bei störungsfreiem Heilungsverlauf von einer verlässlichen Information bezüglich des Kostenrahmens ausgehen können. Nach Abschluss der Behandlung wird eine Rechnung entsprechend der ärztlichen/ zahnärztlichen Gebührenordnung erstellt.

PRIVAT VERSICHERTE PATIENTEN

Die Erstattung privat Zahnärztlicher Leistungen ist von dem von Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrag und den dort fixierten Tarifbedingungen abhängig. Darüber hinaus ist es möglich, dass private Versicherungen Leistungen teilweise oder vollständig nicht erstatten. Die von uns erstellte Rechnung ist unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung zur Zahlung fällig. Wir weisen darauf hin, dass wir zur mündlichen oder schriftlichen Auseinandersetzung mit Ihrer privaten Krankenversicherung nicht verpflichtet sind. Selbstverständlich sind wir Ihnen gern behilflich, wenn es um sachdienliche Informationen an Ihre Versicherung geht, und wir werden Sie unterstützen, Ihre Ansprüche gegen Ihre Versicherung durchzusetzen, soweit uns dies möglich ist. Selbstverständlich sprechen Sie uns gerne an, wenn Sie Fragen zur Rechnung oder zur Kostenerstattung haben.

Noch ein Hinweis – wir sind als Zahnärzte um ihr (zahn-) ärztliches Wohl besorgt. Wir weisen daher ausdrücklich darauf hin, dass eine verbindliche Rechtsberatung durch uns weder erfolgen darf noch kann!

BEIHLIFEBERECHTIGTE PATIENTEN

Gemäß § 5 der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Gebührenordnung ist der Arzt/Zahnarzt ohne besondere Vereinbarung mit dem Patienten berechtigt, seine Leistungen zwischen dem 1- bis 3,5-fachen Satz des Gebührenrahmens zu liquidieren. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes ist zulässig, wenn im Einzelfall die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung den üblichen Rahmen überschreiten. Dies obliegt dem billigen Ermessen des Behandlers. Wir weisen Sie vor Behandlungsbeginn ausdrücklich darauf hin, dass wir entsprechend unserem Qualitätsanspruch, dem individuellen Schwierigkeitsgrad und dem Zeitaufwand der Behandlung den 2,3-fachen Satz gegebenenfalls überschreiten werden. Ihre Beihilfestelle wird die Kosten der Behandlung eventuell nicht im vollen Umfang erstatten. Auch nach der Gebührenordnung berechnungsfähige Leistungen oder Materialien werden von Beihilfestellen häufig nicht erstattet. Dies ergibt sich aus der Beihilfeverordnung. Unsere Rechnungen sind jedoch unabhängig von der Erstattung des Kostenträgers in vollem Umfang zur Zahlung fällig.

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN/ZAHLUNGSPFLICHTIGEN

Die oben genannten Informationen habe ich zur Kenntnis genommen und nachvollzogen. Meine Zahlungsverpflichtung nach durchgeführter Behandlung erkenne ich an, und zwar unabhängig von der Erstattung durch die kostenerstattenden Stellen. Die Klärung bezüglich der Erstattung der geplanten/durchgeführten Behandlung übernehme ich selbst. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieses Formulars an der Rezeption.

München, _____

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger

Privatpraxis für Zahnheilkunde
Dr. Burkard Bott & Kollegen
Theodolindenplatz 5
81545 München
Tel. 089 64 63 00
e-mail: info@privatzahnarzt-bott.de