



zmkcg

zentrum für mund-, kiefer-
und plastische gesichtschirurgie

Dr. Ari Lurje

Facharzt für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie

Hansastraße 59

44137 Dortmund

Tel. 0231 / 145010

Fax 0231 / 9509 6471

info@zmkcg-do.de

www.zmkcg-do.de

Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

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 dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, 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.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Vergütung in Rechnung gestellt werden kann (§§611, 615/280 BGB).

Berechnungsgrundlage für das in diesem Fall anfallende „Ausfallhonorar“ ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Patientenstunde, der sich auf einen Betrag in Höhe von 400 Euro/Stunde beläuft.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

44137 Dortmund, den

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



zmkcg

zentrum für mund-, kiefer-
und plastische gesichtschirurgie

Name, Vorname des Patienten: geb. am:

Anschrift:

Telefon (privat):

Beruf/Arbeitgeber:

Telefon (dienstlich):

Hausarzt/Zahnarzt:

Liebe Patienten,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

	ja	nein		ja	nein
Herz-/Kreislaferkrankungen:			Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hochgradige Neutropenie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporoseerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organtransplantiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stammzellentransplantiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				
Infektiöse Erkrankungen:			Allergien / Unverträglichkeiten:		
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Metalle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat			

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

	ja	nein	seit
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit
Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit

„Angebot von IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheits-Leistung)“: wir halten es für unsere ärztliche Pflicht, unsere Patienten individuell über alle medizinisch sinnvollen Maßnahmen zu informieren, auch wenn diese von Ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse nicht übernommen werden. Bitte lassen Sie sich beraten.

Ja, ich möchte zu den Möglichkeiten der individuellen Gesundheitsvorsorge informiert werden.

Dortmund, den

Unterschrift:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Dortmund, den

Unterschrift: