

Dr. Klaus Schütte
Zahnarzt

Bramfelder Chaussee 318 - 22177 Hamburg
Telefon: 040 - 642 99 10 - Telefax: 040 - 642 21 160

Dr. Klaus Schütte Zahnarzt
Bramfelder Chaussee 318 - 22177 Hamburg

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren ,

wir freuen uns, Ihnen unsere Praxis kurz vorstellen zu können, danken Ihnen für Ihr Vertrauen und heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.

Gerne möchten Dr. Schütte und wir als Praxisteam Ihnen die Behandlung und Betreuung in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Deshalb sind unsere Ziele:

- Sie sollen sich wohlfühlen
- Wir wollen gemeinsam mit Ihnen Verantwortung für Ihre Mundgesundheit übernehmen
- Sie sollen qualitativ hochwertig versorgt werden
- Sie werden über den Behandlungsablauf stets informiert

Wir bitten um Ihre Mitarbeit:

Bitte füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen aus und senden ihn uns zusammen mit vorhandenen Röntgebildern eine Woche vor dem Behandlungstermin zu. Alternativ natürlich auch gern per Email mit Röntgenbildern in digitalem Format.

Da wir eine naturheilkundlich - orientierte Praxis sind, werden Ihnen alle naturheilkundliche Leistungen privat in Rechnung gestellt. Bitte unterschreiben Sie uns die Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ (Heil- und Kostenplan) .

Wenn Sie uns im Vorfeld kennenlernen möchten, können Sie sich gerne im Internet unter www.zahnheilpraxis-schuette.de über unsere Praxis und das Leistungsspektrum informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Klaus Schütte

Anlagen: Anmelde- und Anamnesebogen, Einverständniserklärung der Health AG,
Naturheilkundliche Vereinbarung

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein
Privatpatient: ja / nein / Standardtarif
Wer hat uns empfohlen? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Bitte alle nachfolgenden Fragen beantworten! (einkreisen)

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche? _____ ja / nein
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____ ja / nein
Haben Sie einen Allergiepass? Wenn ja, welche Allergie? _____ ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche? _____ ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein
Sind Sie HIV positiv? ja / nein
Haben Sie Hepatitis B/ C ja / nein
Haben Sie Diabetes? ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
Leiden Sie unter Migräne? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche ja / nein

Beratung, die über die gesetzlichen Leistungen (z.B. Naturheilkunde) hinausgehen, werden nach GOA/GOZ privat in Rechnung gestellt.

Da wir eine naturheilkundlich - orientierte Praxis sind, werden Ihnen alle naturheilkundlichen Leistungen privat nach §2 Abs.3 GOZ in Rechnung gestellt; Eine Erstattung, auch durch private Krankenversicherer ist nicht gewährleistet.

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein
Hatten Sie jemals eine "Kiefernvermessung"? ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein
Haben Sie schon mit wurzelbehandelten Zähnen zu tun gehabt? ja / nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Termine die nicht 24 Std.vorher abgesagt werden oder eingehalten werden, werden Ihnen nach § 611 BGB in Rechnung gestellt.

Ort und Datum

Unterschrift

Liebe Patienten,
durch ständige Veränderungen in der Gesetzgebung herrscht zum Teil große Verunsicherung darüber, welche Behandlungen die Krankenkassen übernehmen und für welche Behandlungen Sie selbst die Kosten tragen müssen. Mit dieser Information möchten wir Ihnen eine erste Hilfestellung zu den wichtigsten Fragen geben. In einem persönlichen Gespräch beraten wir Sie gerne zu individuellen Fragen für Ihre optimale Behandlung.

Grundleistungen

Was wird von den Krankenkassen komplett bezahlt oder bezuschusst?

Alle notwendigen Grundleistungen nach § 12 des Sozialgesetzbuches. Dabei wird vom Gesetz vorgeschrieben, dass die Behandlung notwendig, ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sein muss. Dazu gehören z.B. folgende Behandlungen:

- Schmerzbehandlung
- Zahnfüllung mit einem einfachen Füllungsmaterial (Amalgam, Zement...)
- Untersuchung
- Zahnsteinentfernung (1x pro Jahr)
- Einfache Wurzelbehandlungen
- Zahnentfernungen
- Standardkronen (mit Festzuschuss)
- Versorgung von Zahnlücken mit einfachen Brücken oder Prothesen (mit Festzuschuss)
- Versorgung mit Suprakonstruktionen bei Einzelzahnücke oder totaler Prothese

Mehrleistungen

Bei welchen Behandlungen müssen Sie etwas dazu bezahlen?

Bei Kassenbehandlungen, die mit besseren Materialien oder aufwändigeren Techniken durchgeführt werden. Dazu gehören z.B. folgende Behandlungen:

- Kunststoff-Füllungen
- Laborgefertigte Füllungen (Inlays)
- Neue Techniken in der Kariesentfernung
- Aufwändigere Kronen, Brücken oder Prothesen (mit Festzuschuss)
- Aufwändigere Suprakonstruktionen (mit Festzuschuss)

Komfortleistungen

Für welche Behandlungen müssen Sie komplett selbst zahlen?

Alle Behandlungen, die nicht von den Krankenkassen bezuschusst werden dürfen. Dazu gehören z.B. folgende Behandlungen:

- Implantate
- Komplizierte Wurzelbehandlungen
- Prophylaxe für Erwachsene
- Zahnärztliche Kosmetik (z.B. Bleichen von Zähnen)
- Prothesenreinigung
- Keramikfacetten (Veneer)

... und alle Behandlungen, die über das notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Maß hinausgehen.

Dr. Klaus Schütte

Zahnarzt

Bramfelder Chaussee 318 - 22177 Hamburg
Telefon: 040 - 642 99 10 - Telefax: 040 - 642 21 160

Anlage Verlangensleistung

Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ (Heil- und Kostenplan)

Entsprechend der vertraglichen Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 2 Abs. 3 = Leistung auf Verlangen) vom 01.01.1988 wünsche ich eine zahnärztliche Behandlung gemäß folgender Leistungsbeschreibung:

- Erstberatung ganzheitlicher Probleme über das Maß der ausreichend, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung des Kassenvertrages hinaus, z.B. Allergie, Naturheilkunde, Implantologie gemäß § 2 Abs.3 GOZ (ca. 60,00 -100,00 Euro nach Zeitaufwand)
Umweltzahnmedizinische Beratung
- Global Diagnostic Messung, bei Bedarf Mundstrommessung (ca. 150 Euro)
- Anfertigung eines DVTs zur Nico Diagnostik (ca. 250 Euro)

- Leistung auf Verlangen gemäß § 2 Abs. 3 GOZ

Es ist mir bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. Klaus Schütte
Zahnarzt
Bramfelder Chaussee 318 - 22177 Hamburg
Telefon: 040 - 642 99 10 - Telefax: 040 - 642 21 160

Dr. Klaus Schütte Zahnarzt
Bramfelder Chaussee 318 - 22177 Hamburg

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Daten gem. Art. 6 Abs. 1a DSGVO**

Hiermit erkläre ich, _____, mich damit einverstanden,

dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Befunde,
Röntgenbilder o.ä.) an Kooperationspartner weitergeleitet werden.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit sofortiger
Wirkung widerrufen kann.

Unterschrift der Patientin/des Patienten