

**PRAXISGEMEINSCHAFT DR. F. BRÖSELER - DR. C. TIETMANN - DR. S. WENZEL  
ZAHNÄRZTE - SPEZIALISTEN FÜR PARODONTOLOGIE (DGParo)  
ANMELDUNG NACH ÜBERWEISUNG**

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um sorgfältiges, vollständiges Ausfüllen dieser Anmeldung gebeten (bitte in Druckschrift). Ihre Angaben dienen der besseren Vorbereitung der Behandlung sowie dem Ausschluss möglicher Behandlungsrisiken.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Angaben zur Person, zum Versicherungsverhältnis und zur Krankenakte werden nur praxisintern elektronisch gespeichert. Radiologische Unterlagen (Röntgenbilder im Original bzw. als Scan) werden nur auf Anforderung von mit- oder weiterbehandelnden Ärzten/Zahnärzten und mit Ihrem Einverständnis gemäß Röntgenverordnung (§28 Abs. 8 RöV) an diese weitergegeben. Medizinische Daten können in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Der Datenaustausch zwischen den in der Praxis tätigen Zahnärzten und deren Personal findet ausschließlich, soweit zu Behandlung und Behandlungsvertretung erforderlich ist. Zum Zweck der Behandlung in der überweisenden Praxis werden relevante Behandlungsdaten dorthin übermittelt.

Name	Vorname	Geburtsdatum
.....		
<b>Anschrift:</b> .....		
<b>Tel. privat:</b> ..... <b>beruflich</b> .....		
<b>Tel. mobil:</b> ..... <b>eMail:</b> .....		

**Für die Behandlung wichtige Auskünfte über Erkrankungen**

**Es liegen folgende Erkrankungen vor (bitte unterstreichen oder ergänzen):**

**Blutgerinnungsstörung** · Diabetes · Glaukom · Nieren · Rheuma · Allergien  
**Schilddrüsenerkrankung** · Herpes · Hypertonie/Hypotonie · Herz-/Gefäßerkrankung  
**Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV etc.)**.....  
**andere Erkrankungen** .....

**ich nehme folgende Medikamente** .....

**mein Hausarzt ist** .....  
*Name und Anschrift*

**überweisender Zahnarzt ist** .....  
*Name und Anschrift*

**wurden in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?** JA  NEIN

**besteht eine Schwangerschaft?** JA  NEIN

**ich bin Raucher** JA  ca. .... Zigaretten/Tag NEIN

**wurden bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:**

- Wurzelkanalbehandlung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
- Implantation (künstliche Zahnwurzel)?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
- kieferorthopädische Behandlung ("Zahnregulierung")?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
- Weisheitszähne entfernt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

**aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis?** .....

**wann wurde erstmals die Diagnose „Parodontitis“ erhoben?** .....  
*Jahr*

Die Überweisung der vorgenannten Zahnarztpraxis erfolgt ausschließlich zur Durchführung einer systematischen Parodontitis-Therapie. Gegebenenfalls sind begleitende präprothetische Maßnahmen indiziert. Alle weiteren Behandlungen werden in der überweisenden Praxis durchgeführt.

Maßnahmen der regenerativen Parodontalchirurgie sind nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten und werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) liquidiert.

Diagnostische Maßnahmen (radiologische Leistungen, Auswertungen, Therapieplanungen, Beratungen) können nur teilweise und unter der Voraussetzung der Durchführung einer systematischen Parodontitis-Therapie gemäß GKV-Verträgen über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden. Für den Fall, dass keine systematische Parodontitis-Therapie erfolgt, erkläre ich mich mit der Privat-Liquidation dieser Leistungen einverstanden.

**Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und die Kenntnisnahme der Behandlungs- und Liquidationsbestimmungen. Gemäß obiger Information entbinde ich hiermit widerruflich Herrn Dr. F. Bröseler / Frau Dr. C. Tietmann / Herrn Dr. S. Wenzel von seiner / ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich mit der Weitergabe bzw. Anforderung von behandlungsrelevanten Röntgenunterlagen einverstanden.**

.....**Datum und Unterschrift**