

# Dr. Mehdi Solaty

Zahnarzt

Wählingsweg 5 - 22459 Hamburg – Tel. 040 /55 090 48

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass der mit Ihnen vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel Wartezeiten erspart bleiben.

Wir bemühen uns sehr, alle Termine möglichst einzuhalten, und bitten Sie pünktlich zur Behandlung zu kommen.

Wenn Sie unangemeldet zur Behandlung kommen, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.

Können Sie einen Termin nicht einhalten, sagen Sie bitte sofort – spätestens 24 h vorher den Termin ab.

Sagen Sie Ihren Termin nicht oder zu kurzfristig ab, kann gegen Sie ein Anspruch auf Vergütung der ungenutzten Zeit entstehen. Dies gilt nicht, wenn Sie an der Versäumnis des Termins kein Verschulden trifft.

Haben Sie als gesetzlich versicherter Patient die Krankenversichertenkarte nicht dabei und können Sie Ihren Versichertenstatus nicht anderweitig nachweisen, so legen Sie Ihre Versichertenkarte bitte innerhalb von 10 Tagen vor. Ansonsten können wir die Behandlung privat abrechnen. Legen Sie bis zum Ende des Quartals eine gültige Versichertenkarte oder einen Krankenschein von der zuständigen Krankenkasse vor, erstatten wir Ihnen die Privatvergütung der Behandlung.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Wir benötigen dazu folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

---

Name, Vorname

Geburtstag

---

Anschrift

---

Mobiltelefon – Tel. Privat

E-Mail

---

Beruf

Arbeitgeber

---

Name der Krankenversicherung

Privat

gesetzlich

Beihilfe

---

Name des Versicherten

Name des Zahlungspflichtigen

---

Ihr Anliegen/ akute Beschwerden

Wünschen Sie weitere Beratung

- über Farbe, Form, Stellung der Zähne
- bei Zahnfleischbluten, Zahnfleischrückgang
- zu Wurzelbehandlungen unter Mikroskop
- zu Prophylaxe, Zahnreinigung
- Bleaching

- bei Kieferknacken, Knirschen, Pressen
- über nichtsichtbare Füllungen und Kronen
- zu Implantaten
- sonstiges

# Dr. Mehdi Solaty

Zahnarzt

Wählingsweg 5 - 22459 Hamburg – Tel. 040 /55 090 48

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

Allergien  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislauf

Bluthochdruck  ja  nein

Herzinfarkt  ja  nein

Arteriosklerose  ja  nein

Endocarditis  ja  nein

Vorhofflimmern  ja  nein

Blutverdünner (Marcumar, Eliquis etc.)  ja  nein Welches? \_\_\_\_\_

Diabetes  ja  nein

Asthma, Atemwegserkrankung  ja  nein Was? \_\_\_\_\_

Magen-, Darm-, Lebererkrankung  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Hepatitis  ja  nein

Blasen- und Nierenerkrankung  ja  nein

Osteoporose, Arthritis  ja  nein Was? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein

Tumorerkrankungen  ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

HIV Positiv  ja  nein

Psychotherapie  ja  nein

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  ja  nein

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen  
Behandlung?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie  
zurzeit ein? \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!**

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift