

**Bitte ausgefüllt zu senden!** Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens und/oder der Zusendung Ihrer weiteren Unterlagen, gehen Sie keinerlei Verpflichtung ein, sich bei uns zahnmedizinisch behandeln zu lassen. Dieser Fragebogen dient uns dazu wichtige Informationen über Erkrankungen/Medikamente zu erhalten.



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z.B. TV, Internet, Teletext, auf Empfehlung, Messe)?: \_\_\_\_\_

## Persönlicher Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung, Adresse oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherung (falls vorhanden), Name, Adresse oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Private Zusatzversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Ihre Kontaktdaten:

Festnetznummer: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_ e-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie auf eine Zuzahlung Ihrer Krankenversicherung angewiesen?  JA  NEIN

**Falls Sie eine Zuzahlung Ihrer Krankenkasse beantragen möchten, so stellen wir Ihnen gerne einen Auslands- Heil- & Kostenplan aus. Für diesen sind deutsche Zahnarztunterlagen (dt. Heil- und Kostenplan oder Röntgenbild – nicht älter als 6 Monate) Pflicht, ansonsten wird dieser Auslands- Heil- & Kostenplan ggf. von Ihrer Krankenkasse nicht akzeptiert.**

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Krankheiten?  JA  NEIN  
(Herz, Kreislauf, ...)  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie Medikamente?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (Hepatitis, TBC, HIV, Aids)?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie Allergien gegen Materialien und/oder Medikamente?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Ihr Blutdruck ist:  normal  hoch  niedrig

6. Haben Sie Herzerkrankungen?  JA  NEIN  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

7. Haben Sie Diabetes?  JA  NEIN

8. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?  JA  NEIN

**Zur Terminanfrage für den Zahn-Check in Deutschland/Schweiz informieren Sie uns bitte über**  
(bitte mit dem persönlichen Fragebogen ausgefüllt an unser deutsches Administrationsbüro zusenden):

An:

Telemedia Interactive GmbH  
Postfach 75 09 30  
D- 81339 München

Email: [kundenbetreuung@sedlmeier-dental.hu](mailto:kundenbetreuung@sedlmeier-dental.hu)

NAME: \_\_\_\_\_ (wie im Personalausweis)

**Wo möchten Sie Ihren Zahn-Check in Deutschland buchen?:**

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| - Untersuchungszentrum in Berlin                         | <input type="checkbox"/> JA |
| - Untersuchungszentrum in München Stadt oder Heimstetten | <input type="checkbox"/> JA |
| - Untersuchungszentrum in Offenbach/Frankfurt am Main    | <input type="checkbox"/> JA |
| - Untersuchungszentrum in Zürich (Schweiz)               | <input type="checkbox"/> JA |

**Terminwunsch:** \_\_\_\_\_

(wir sind bemüht Terminwünsche zu berücksichtigen, genauer Termin folgt nach persönlicher Absprache)

**Einverständniserklärung bei Buchung des Zahn-Checks im deutschen/schweizer Untersuchungszentrum**

Ich ( \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ ) habe mich für die Buchung eines Zahn-Checks im deutschen/schweizer Untersuchungszentrum entschieden und beauftrage Sedlmeier Dental mit der Terminfindung.

Die Untersuchung bei unserem Partnerzahnarzt kostet 89,- Euro bzw. 105,- CHF und beinhaltet ein Röntgenbild sowie einen Befund.

Diese Untersuchung beim Partnerzahnarzt ist **keine** Leistung der deutschen, gesetzlichen Krankenkasse, daher können diese Kosten **nicht** mit der deutschen, gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden.

Das Einlesen der Versichertenkarte ist somit nicht nötig. Ich erkläre mich daher damit einverstanden, dass es sich bei dieser Leistung um eine privat Zahnärztliche Leistung handelt.

Die **Kosten** (89,- Euro bzw. 105,- CHF) sind **direkt in der Praxis** des Partnerzahnarztes (Deutschland in bar / Zürich nur Kartenzahlung möglich) zu begleichen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Partnerzahnarzt meinen erhobenen Befund, sowie mein Röntgenbild an Sedlmeier Dental sowie dem deutschen Administrationsbüro zur Angebotserstellung weiterleitet.

**Stornobedingungen:**

**Eine Stornierung ist bis zu 24 Stunden vor dem Untersuchungstermin möglich. Bei Nichterscheinen bzw. nicht fristgerechter Stornierung des Untersuchungstermins entstehen Ihnen Stornogebühren in Höhe von 50,- Euro.**

\_\_\_\_\_  
ORT

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (handschriftlich)