

Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient
Vorname, Nachname

Geburtsdatum,-Ort

Anschrift
Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Zahlungspflichtiger*
Vorname, Nachname

Geburtsdatum,-Ort

Anschrift
Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

**Hinweis: Zahlungspflichtiger (= Rechnungsempfänger) ist bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.*

Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privatversichert	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Privatbehandlung <small>(Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)</small>
Beruf des Zahlungspflichtigen	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin pflegebedürftig
Name des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Pflegegrad _____
Anschrift des Arbeitgebers Straße, Haus-Nr.	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Eingliederungshilfe <small>(nach § 53 SGB XII)</small>
	PLZ, Ort	
	Telefon	

Sehr geehrter Patient! Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist nur eine Notversorgung möglich.

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Um uns besser auf Sie einstellen zu können, erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

- | | |
|---|---|
| <p>1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?</p> <p>a) Asthma (schwere Atemnot) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>c) Unverträglichkeit von Medikamenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. welche? _____</p> <p>d) Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch
ggf. Werte? _____</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> nein
ggf. wann? _____</p> <p>f) <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> HIV-Inf. <input type="checkbox"/> nein
ggf. wann? _____</p> <p>g) Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>h) Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>i) Bluterkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>j) Kreislauferkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>k) Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>l) Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>m) Epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>n) Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>o) Tumorerkrankung / Krebs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>4. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____</p> <p>6. Nehmen Sie z. Zt. oder regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. welche? _____</p> <p>7. Konsumieren Sie Drogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>8. Sind Sie Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>9. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss
ggf. wievielte Woche? _____</p> <p>10. Stillen Sie zur Zeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>11. Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>12. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>13. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

_____</p> <p>14. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

_____</p> |
|---|---|

Datum, Unterschrift des Patienten