

Anmeldung

Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name		Vorname		geb.
------	--	---------	--	------

Anschrift

Straße/Hausnr.			E-Mail
----------------	--	--	--------

Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
------------------	---------	-------

Mitglied/ Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name		Vorname		geb.
------	--	---------	--	------

Anschrift

Straße/Hausnr.			E-Mail
----------------	--	--	--------

Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
------------------	---------	-------

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse oder Versicherung)

Name des Kostenträgers		
------------------------	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes

Beruf des Mitgliedes		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	--	------------------	---------

Beruf des Patienten

Beruf des Patienten		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	--	------------------	---------

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | ja | nein | | ja | nein | | ja | nein |
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TBC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein wenn ja, welche?
- Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

- c) Herzinfarkt
- Nehmen Sie Marcumar? ja nein
- Schlaganfall ja nein
- Lähmungen ja nein

- d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte

- 2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?** ja nein

- 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** ja nein ggf. welche?

- 4. Rauchen Sie?** ja nein

- 5. Besteht eine Schwangerschaft?** ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche

- 6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?** ja nein Unfalldatum
- Art. d. Verletzung

- 7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten**
-

- 8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?** ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

- 9. Haben Sie einen Röntgenpass?** ja nein
- Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

- 10. Haben Sie ein Bonusheft?** ja nein Ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert ja nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum _____ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r _____