

Anmeldebogen

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 Krankenversicherungskarte 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 kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name / Vorname	geb.

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße / Hausnr.	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil

Mitglied/

Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name / Vorname	geb.

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße / Hausnr.	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif- | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeversichert | Versicherte(r) | (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zuversichert | | |

Beruf des Mitgliedes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

Schüler / Student

Anschrift des Arbeitgebers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnr.	Telefon
<input type="text"/>	
Postleitzahl / Ort	

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 meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Sind Sie in eine Pflegestufe eingeteilt?
 a) ja nein wenn ja, welche? Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3

2. Haben / hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?
 a)

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	TBC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Demenzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ihr Hausarzt

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Anschrift	Telefon

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt
 Nemen Sie Marcumar? ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte?

3. 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 Wann waren die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie (Datum/Körperteil)

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter