Anmeldebogen

DR. AXEL KRACKE
MODERNE ZAHNMEDIZIN

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 Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

Achtung:
Termine die Sie nicht einhalten können, sagen Sie bitte frühzeitig ab (spätestens 24 Std. vor Termin), da Ihnen die sonst entstandenen Kosten für den Ausfall in Rechnung gestellt werden (gem. §§611,615 BGB). Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

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)

- ☐ Ich bin pflichtversichert
- ☐ Ich bin freiwillig versichert
- ☐ Ich bin beihilfeversichert
- ☐ Ich bin privat zuversichert
- ☐ Ich bin privat versichert
- ☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
- ☐ Ich bin nicht versichert
- ☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber

- ☐ Schüler / Student

Anschrift des Arbeitgebers

Straße / Hausnr. | Telefon

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)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐	HIV-Infektion	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Rheuma	☐	☐	TBC	☐	☐	Demenzerkrankung	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Leberkrankheiten	☐	☐			
Bluterkrankungen	☐	☐	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	☐	☐			

Ihr Hausarzt

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.

Datum | Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter