

ANMELDUNG

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. Anderenfalls behalten wir uns vor, die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen, sofern wir die Zeit nicht anderweitig nutzen können. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit 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 kassenärztlichen 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)

--

ich bin gesetzlich versichert ich bin privat versichert ich bin Basistarif-Versicherte/r

Beruf des Mitgliedes

--	--

Schüler/Student Arbeitgeber

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

1. Hatten/ Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
a) 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 (Epilepise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kontaktidaten Ihres Hausarztes:

<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 ja nein
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein
 Schlaganfall ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ggf. welche Woche?

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

7. Sonstige Angaben/ andere Krankheiten

8. 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? Wünnen Sie einen Röntgenpass? Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? ja nein ja nein Datum/Körperteil

10. Bei einer eventuellen Terminerinnerung bevorzuge ich: Brief Telefon email

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 und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter

Anamnese aktualisiert

Datum Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter