

ANMELDUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in meine 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, ansonsten wird Ihnen unser Honorarausfall in Rechnung gestellt. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in meine 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. _____ Telefon/mobil _____

Postleitzahl/Ort _____ E-Mail _____

Mitglied/

Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße/Hausnr. _____ Telefon/mobil _____

Postleitzahl/Ort _____ E-Mail _____

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 Standardtarif- | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschuss- |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | Versicherte(r) gemäß | berechtigt (Sozialamt, |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat | § 257 Abs. 2a SGB V. | Versorgungsamt) |
| zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes

_____ Arbeitgeber

Schüler/Student

Anschrift des

Arbeitgebers

Straße/Hausnr. _____ Telefon/mobil _____

Postleitzahl/Ort _____ E-Mail _____

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

I. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) Zuckerkrankheit
 Rheuma Bluterkrankungen
 Blutgerinnungsstörungen HIV-Infektion
 TBC Leberkrankheiten
 Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) Anfallsleiden (Epilepsie)
 Schilddrüsenerkrankungen nein ggf. (seit) wann?

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

- c) Herzinfarkt, nehmen Sie Marcumar oder Ass? ja nein
 Schlaganfall nein
 Lähmungen nein ggf. wann?

- 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 der 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 4–6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert ja nein

Wie/durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r