

# Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

<b>Patient</b> Vorname, Nachname	Geburtsdatum,-Ort
-------------------------------------	-------------------

Anschrift Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
-------------------------------	----------

Telefon	E-Mail
---------	--------

<b>Zahlungspflichtiger*</b> Vorname, Nachname	Geburtsdatum,-Ort
--	-------------------

Anschrift Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
-------------------------------	----------

Telefon	E-Mail
---------	--------

\*Hinweis: Zahlungspflichtiger (= Rechnungsempfänger) ist bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.

Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privatversichert	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Privatbehandlung (Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)
Beruf des Zahlungspflichtigen	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin pflegebedürftig Pflegegrad _____
Name des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
Anschrift des Arbeitgebers Straße, Haus-Nr.	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII)	PLZ, Ort
	Telefon	

## Sehr geehrter Patient! Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist nur eine Notversorgung möglich.

### Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Um uns besser auf Sie einstellen zu können, erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

- Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
  - Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein
  - Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen  ja  nein
  - Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_
  - Blutdruck  niedrig  normal  hoch  
ggf. Werte? \_\_\_\_\_
  - Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen  
 Herzerkrankung  nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_
  - Gelbsucht  Leberkrankheiten  HIV-Inf.  nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_
  - Diabetes  ja  nein
  - Rheuma  ja  nein
  - Bluterkrankungen  ja  nein  
Bluterinnungsstörungen  ja  nein
  - Kreislaufkrankung  ja  nein
  - Nierenerkrankung  ja  nein
  - Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
  - Epilepsie  ja  nein
  - Osteoporose  ja  nein
  - Tumorerkrankung / Krebs  ja  nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie z.Zt. oder regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss  
ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_
- Stillen Sie zur Zeit?  ja  nein
- Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen?  ja  nein
- Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne?  ja  nein
- Sonstige Angaben / andere Krankheiten  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Patienten