Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient Vorname, Nachname	Geburtsdatum,-Ort
Anschrift Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Zahlungspflichtiger* 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	☐ privatversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ private Zusatzversicherung
Beruf des Zahlungspflichtigen	☐ Ich wünsche Privatbehandlung (Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V) ☐ Ich bin pflegebedürftig Pflegegrad _____ ☐ Ich erhalte Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII)
Name des Arbeitgebers	PLZ, Ort
Anschrift des Arbeitgebers Straße, Haus-Nr.	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!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
   - a) Asthma (schwere Atemnot) ☐ ja ☐ nein
   - b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ☐ ja ☐ nein
   - c) Unverträglichkeit von Medikamenten ☐ ja ☐ nein
     ggf. welche? _____
   - d) Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch
     ggf. Werte? _____
   - e) ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Lähmungen
     ☐ Herzerkrankung ☐ nein
     ggf. wann? _____
   - f) ☐ Gelbsucht ☐ Leberkrankheiten ☐ HIV-Inf. ☐ nein
     ggf. wann? _____
   - g) Diabetes ☐ ja ☐ nein
   - h) Rheuma ☐ ja ☐ nein
   - i) Bluterkrankungen ☐ ja ☐ nein
     Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein
   - j) Kreislauferkrankung ☐ ja ☐ nein
   - k) Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein
   - l) Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein
   - m) Epilepsie ☐ ja ☐ nein
   - n) Osteoporose ☐ ja ☐ nein
   - o) Tumorerkrankung / Krebs ☐ ja ☐ nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein
3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ☐ ja ☐ nein
4. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ☐ ja ☐ nein
5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
6. Nehmen Sie z. Zt. oder regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
   ggf. welche? _____
7. Konsumieren Sie Drogen? ☐ ja ☐ nein
8. Sind Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein
9. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss
   ggf. wievielte Woche? _____
10. Stillen Sie zur Zeit? ☐ ja ☐ nein
11. Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen? ☐ ja ☐ nein
12. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? ☐ ja ☐ nein
13. Sonstige Angaben / andere Krankheiten
14. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift des Patienten

©DIE ZA • www.die-za.de • DIE_ZA•AB•2020.07