

Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ eMail _____

Zahlungspflichtiger

(siehe Hinweis in der Fußzeile)

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ eMail _____

Name der Krankenkasse

_____ pflichtversichert Ich wünsche Privatbehandlung

_____ freiwillig versichert (Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)

privatversichert private Zusatzvers.

Beruf des Zahlungspflichtigen

_____ Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers

Straße _____ Ort _____ Telefon _____

Sehr geehrter Patient!

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 auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

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

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis 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

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. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
ggf. wievielte Woche? _____

8. Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen? ja nein

9. Möchten Sie, dass Ihre Zähne lediglich repariert werden? ja nein

10. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? ja nein

11. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

12. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Datum _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen _____

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