

Anmeldung/Anamnese



Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. 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 Wahlmöglichkeiten 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. _____ Email _____ Geburtsort _____

Postleitzahl/Ort _____ Telefon _____ Mobil _____

Mitglied/

Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße/Hausnr. _____ Email _____ Geburtsort _____

Postleitzahl/Ort _____ Telefon _____ Mobil _____

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe Kostenerstattung |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif | nach § 13 SGB V gewählt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | Versicherte/-r | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif- | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt |
| | Versicherte/-r | (Sozialamt, Versorgungsamt) |

Beruf des Mitglieds

Schüler/Student _____ Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr. _____ Postleitzahl/Ort _____ Telefon _____

Beruf des Patienten

Schüler/Student _____ Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr. _____ Postleitzahl/Ort _____ Telefon _____

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden.

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	Ja	nein	ja	nein	ja	nein		
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie in diesem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusammenhang Bisphosphonate?		
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

Name _____ Anschrift _____ Telefon _____

b) Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein

Nehmen Sie Marcumar? ja nein

Schlaganfall ja nein

Lähmungen ja nein

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 ggf. wievielte Woche _____

ungewiss

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 mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum, Körperteil) _____

10. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Sind Sie an einer professionellen

Zahnreinigung interessiert? Ja nein

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnern dürfen!

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 meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r