

Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Zahlungspflichtiger

(siehe Hinweis in der Fußzeile)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name der Krankenkasse

_____ pflichtversichert
 privatversichert freiwillig versichert → private Zusatzvers.
 Ich wünsche Privatbehandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V)
 Ich wünsche GKV-Behandlung (Kasse)

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 einen vereinbarten Termin mit längerer Behandlungszeit nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann. (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Notfalltermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht bis 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!

- Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - Krebs ja nein
 - Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein
 - Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
ggf. welche? _____
 - Blutdruck niedrig normal hoch
 - Herzinfarkt Schlaganfall
 Lähmungen Herzerkrankung
 Herzschrittmacher nein
 - Osteoporose ja nein
 - Hepatitis Leberkrankheiten
 HIV-Inf. (AIDS) nein
 - Zuckerkrankheit ja nein
 - Rheuma ja nein
 - Bluterkrankungen
 Blutgerinnungsstörungen nein
 - Kreislaufkrankung ja nein
 - Nierenerkrankung ja nein
 - Schilddrüsenerkrankung ja nein
 - Epilepsie ja nein
- Sind Sie Raucher? ja nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
- Leiden Sie an Parodontose? ja nein
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____
- Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? ja nein
welche? _____
- Sonstiges: _____
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiß
- Wünschen Sie eine Beratung zu:
 - zahnfarbene Füllungen ja nein
 - professionelle Zahnreinigung (PZR) ja nein
 - Bleaching ja nein
 - Zahnersatz ja nein
 - Mundhygiene ja nein
 - Kiefergelenksbeschwerden ja nein
 - Veneers / Zahnschmuck ja nein
 - Implantaten ja nein
- Möchten Sie von uns an Ihre Kontrolltermine erinnert werden? ja nein
per SMS _____ (Handy Nr.)
per eMail _____ (eMail Adresse)

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und Kenntnisnahme der Hinweise.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen