

# Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption abgeben! Danke.

## Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

## Mitglied/Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber werktags) \_\_\_\_\_

e-Mail (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Handy (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ **Pflegegrad ( Ausweis bitte vorlegen)** \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ ja  nein   
freiwillig versichert? \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung/Beihilfe \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## empfohlen durch

### Sehr geehrte Patientin, 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** sollten, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die unbenützte Zeit in Rechnung gestellt werden (gemäß §304, §615 BGB): Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Notbehandlungstermin, so rechnen Sie bitte mit Wartezeit. Da dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

### Für sozialversicherte Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, erfolgt eine private Rechnungslegung (gemäß §15 GRG).

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die Ärztliche Schweigepflicht fallen:**

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein  Falls ja, wann war die OP? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten ja  nein  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie hohen / niedrigen Blutdruck? ja  nein  Falls ja, welchen? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie einen Schlaganfall ja  nein  Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Herzerkrankungen (z.B. Infarkt) ja  nein  Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Leberkrankheiten (z.B. Hepatitis) ja  nein  \_\_\_\_\_
- AIDS ja  nein  Rheuma ja  nein  Rauchen Sie? ja  nein
- Asthma ja  nein  Tuberkulose ja  nein  Diabetes ja  nein
- Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja  nein
- Bestehen zurzeit sonstige Erkrankungen? ja  nein  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- An Frauen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja  nein  ungewiss  ja, \_\_\_\_\_. Woche
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann!**

- Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten Sie gerne beraten/aufgeklärt werden? \_\_\_\_\_
- Teilen Sie mir bitte Änderungen Ihrer Anschrift und/oder Ihres Gesundheitszustandes kurzfristig mit!

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

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder ggf. Erziehungsberechtigter