



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) _____ Telefax (freiwillige Angabe) _____

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:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
2. Hatten / haben Sie folgende Krankheiten?
 - a) Allergische Reaktionen, u.a. Unverträglichkeit von Medikamenten Falls ja, welche? _____
 - b) Haben Sie hohen / niedrigen Blutdruck? ja nein Falls ja, welchen? _____
 - c) Schlaganfall / Lähmungen ja nein Falls ja, wann? _____
 - d) Herzerkrankungen (z.B. Infarkt) ja nein Falls ja, wann? _____
 - e) Gelbsucht / Leberkrankheiten ja nein AIDS ja nein Tuberkulose ja nein
 - f) Zuckerkrankheiten (Diabetes) ja nein Asthma ja nein Rheuma ja nein
3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein _____
4. Bestehen zurzeit sonstige Erkrankungen? ja nein Falls ja, welche? _____
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Falls ja, welche? _____
6. An Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein ja, _____. Woche ungewiss
7. 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!

8. Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten Sie gerne beraten/aufgeklärt werden? _____
9. 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