

# Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient

Herr / Frau / Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon dienstl. \_\_\_\_\_ Telefon priv. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtiger

(siehe Hinweis in der Fußzeile)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Telefon dienstl. \_\_\_\_\_ Telefon priv. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Name der  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_

privatversichert

private Zusatzvers.

Beruf des  
Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber

## 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 unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!**

- Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
  - Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein
  - Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen  ja  nein
  - Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_
  - Blutdruck  niedrig  normal  hoch  
ggf. Werte? \_\_\_\_\_
  - Herzinfarkt  Schlaganfall  
 Herzerkrankung  Lähmungen  nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_
  - Gelbsucht  Leberkrankheiten  HIV-Inf.  nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_
  - Diabetes  ja  nein
  - Rheuma  ja  nein
  - Bluterkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
  - Kreislaufkrankung  ja  nein
  - Nierenerkrankung  ja  nein
  - Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
  - Epilepsie  ja  nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- Nehmen Sie z.Zt. oder regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss  
ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_
- Wünschen Sie ggf. zahncfarbene Füllungen?  ja  nein
- Möchten Sie, dass Ihre Zähne lediglich repariert werden?  ja  nein
- Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne?  ja  nein
- Wurden die Weisheitszähne bereits entfernt?  ja  nein
- Haben Sie aktuell Zahnschmerzen  ja  nein  
Zahnfleischprobleme  ja  nein  
Kiefergelenkprobleme  ja  nein
- Sonstige Angaben / andere Krankheiten  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie, dass wir Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnern?

ja  nein