

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
	Name		Vorname	geb.	Geburtsort
Zahlungspflichtiger (siehe Hinweis in der Fußzeile)	Straße		Nr.	Telefon dienstl.	Telefon priv.
	Postleitzahl		Ort		eMail
	Name der Krankenkasse		<input type="checkbox"/> privatversichert		<input type="checkbox"/> 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