

ANMELDUNG

BITTE VOR DER BEHANDLUNG AUSFÜLLEN UND ABGEBEN!

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 müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Notfalltermin, so müssen Sie mit Wartezeit 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 Behandlungstermin nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefonnummern:

Mobil Festnetz

Zahlungspflichtiger:

Siehe Hinweis auf der Rückseite

Beruf des Zahlungspflichtigen:

Versicherung:

Versicherungsstatus: privat versichert gesetzlich versichert
 freiwillig versichert private Zusatzversicherung

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

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein

b) allergische Reaktionen (wie Heuschnupfen) ja nein

c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein

wenn ja, welche:

d) Blutdruck niedrig normal hoch

ggf. Werte:

e) Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen Herzerkrankungen nein

ggf. wann:

BITTE WENDEN 1 / 2 >>

f) Gelbsucht HIV-Inf./AIDS Lebererkrankungen Tuberkulose nein
ggf. wann: _____

g) Diabetes ja nein

h) Rheuma ja nein

i) Bluterkrankung

Blutgerinnungsstörungen

j) Kreislauferkrankung ja nein

k) Nierenerkrankung ja nein

l) Schilddrüsenerkrankung ja nein

m) Epilepsie ja nein

n) Osteoporose ja nein

2. Nehmen Sie z.Zt. oder regelmäßig Medikamente ein? ja

nein

ggf. Welche? _____

3. Sind oder waren Sie in Chemo-, Bisphosphonat-, oder Strahlentherapie? ja nein

ggf. wann? _____

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

6. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

ggf. wievielte Woche? _____

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten:

9. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Datum

Unterschrift

Teilen Sie der Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

HINWEIS:

Zahlungspflichtiger (= Rechnungsempfänger) ist bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient;
bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.