

# Anmeldung

## Anamnese

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

### Anschrift

Straße/Hausnr.		E-Mail	Geburtsort
Postleitzahl/Ort		Telefon	Mobil

### Mitglied/

### Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

### Anschrift

Straße/Hausnr.		E-Mail
Postleitzahl/Ort		Mobil

### Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name des Kostenträgers		
------------------------	--	--

- |                                                          |                                                               |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert            | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |                                                               |                                                                                 |

### Beruf des Mitgliedes

Beruf des Mitgliedes		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

### Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	--	------------------	---------

### Beruf des Patienten

Beruf des Patienten		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

### Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	--	------------------	---------

07.13-18V/

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!**

**1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon

b) Bestehen Allergien?  ja  nein wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass?  ja  nein

c) Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar?  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch ggf. Werte

**2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  ja  nein

**3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  ja  nein ggf. welche?

**4. Rauchen Sie?**  ja  nein

**5. Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein  ungewiss ggf. wievielte Woche

**6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?**  ja  nein Unfalldatum

Art. d. Verletzung

**7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten**

**8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?**  ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

**9. Haben Sie einen Röntgenpass?**  ja  nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

**10. Haben Sie ein Bonusheft?**  ja  nein Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?  ja  nein

**Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

Datum  Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r