

Anmeldeformular

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 unvorhersehbarer Notfälle in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich versicherte/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.

Patient/in
Herr/Frau

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

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail
------------------	--	--------

Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
--------------------	---------	-------

**Mitglied/
Zahlungspflichtige/r**
Bei Kindern
Erziehungsberechtigte/r

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

Anschrift

Straße / Hau		E-Mail
--------------	--	--------

Postleitzahl / Ort	Telefon	Mobil
--------------------	---------	-------

Name des Kostenträgers
(Krankenkasse/Versicherung)

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

- Ich bin pflichtversichert Ich bin privat versichert Ich bin nicht versichert
 Ich bin freiwillig versichert Ich bin Basistarif-Versicherte/r Ich bin beihilfeberechtigt
 Ich bin zuschussberechtigt Ich habe eine private Zusatzversicherung
 (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitgliedes

Beruf des Mitgliedes	
----------------------	--

- Schüler / Student Arbeitgeber

Bitte Rückseite beachten!

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 meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV – Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ggf. Werte? _____		

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit auf Medikamente bzw. Materialien

ja nein wenn ja, auf welche?

Rauchen Sie?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein Stillzeit? ja nein

Liegt / lag eine Unfallverletzung im

Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja nein

Unfalldatum

Haben Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Ich möchte mich gerne über die folgenden zahnmedizinischen Themen informieren:

Parodontitis /Zahnfleischentzündungen

Versorgung mit Zahnimplantaten

Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung

Alternativen zur Amalgamfüllung

Zahnersatz

Sonstiges:

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam

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

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