



# Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption abgeben! Danke.

**Patient/in**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

**Mitglied/Versicherter**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber werktags) \_\_\_\_\_

e-Mail (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Handy (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Telefax (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ ja  nein   
freiwillig versichert? \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung/Beihilfe \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_ Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**empfohlen durch**

\_\_\_\_\_

**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** sollten, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die unbenützte Zeit in Rechnung gestellt werden (gemäß §304, §615 BGB): Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Notbehandlungstermin, so rechnen Sie bitte mit Wartezeit. Da dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

**Für sozialversicherte Patienten wichtig:**

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, erfolgt eine private Rechnungslegung (gemäß §15 GRG).

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

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein
2. Hatten / haben Sie folgende Krankheiten?
  - a) Allergische Reaktionen, u.a. Unverträglichkeit von Medikamenten Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
  - b) Haben Sie hohen / niedrigen Blutdruck? ja  nein  Falls ja, welchen? \_\_\_\_\_
  - c) Schlaganfall / Lähmungen ja  nein  Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
  - d) Herzerkrankungen (z.B. Infarkt) ja  nein  Falls ja, wann? \_\_\_\_\_
  - e) Gelbsucht / Leberkrankheiten ja  nein  AIDS ja  nein  Tuberkulose ja  nein
  - f) Zuckerkrankheiten (Diabetes) ja  nein  Asthma ja  nein  Rheuma ja  nein
3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja  nein  \_\_\_\_\_
4. Bestehen zurzeit sonstige Erkrankungen? ja  nein  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein  Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
6. An Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja  nein  ja, \_\_\_\_\_. Woche ungewiss
7. Legen Sie Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann!**

8. Über welche zahnmedizinischen Aspekte möchten Sie gerne beraten/aufgeklärt werden? \_\_\_\_\_
9. Teilen Sie mir bitte Änderungen Ihrer Anschrift und/oder Ihres Gesundheitszustandes kurzfristig mit!

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

Datum

Unterschrift Patient/in oder ggf. Erziehungsberechtigter