

Anmeldung

Patient.....
Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.:

Mitglied.....
Versicherter Name Vorname geb.:

Anschrift.....
 Straße, Nr. Privat-Tel. Dienst-Tel.

.....
 Postleitzahl Ort

Krankenkasse.....Privatversicherung.....

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 ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB).

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen!

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|------|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 2. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 4. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten: | | | | | | |
| a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| b) Allergische Reaktionen (wie Unverträglichkeit von Medikamenten) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| c) Hoher/niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| d) Schlaganfall, Lähmungen (ggf. wann) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| e) Herzinfarkt (ggf. wann, Medikamente zur Zeit) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| f) Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, o.ä.) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| g) Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| h) Gelbsucht, Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| i) Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| j) Rheuma | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 5. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 6. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten? Wenn ja, welche ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche ? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein | | |
| 8. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? | | | | | | |
| 9. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | Woche | <input type="checkbox"/> | ungewiss | <input type="checkbox"/> | nein |
| 10. Sonstige Angaben: Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | Anzahl | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | nein |

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihrer Adresse und sonstiger Personalien sowie Ihres Gesundheitszustandes mit!

Bitte nennen Sie uns nachfolgend Ihre Behandlungswünsche!

- Ich wünsche eine Behandlung nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich)
- Ich möchte über Alternativen zu Amalgamfüllungen informiert werden.
- Ich möchte über den Nutzen einer Prophylaxe-Behandlung informiert werden.
- Sonstiges: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum:..... Unterschrift.....