

Anmeldung | Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung 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 oder Mobil	

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

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

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail*
Postleitzahl / Ort		Telefon oder 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 | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |

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
------------------	--	--------------------	---------

* freiwillige Angaben

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

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Hausarzt:

--	--

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

b) Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie einen Allergie-Pass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

c) Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	

d) Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig		
	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> hoch	Ggf. Werte	

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
--	---	--

3. Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------	---	--------------------	---

6. Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
-------------------------------	---	------------------	--

7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss	Ggf. wievielte Woche	
----------------------------------	---	----------------------	--

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unfalldatum	
		Art. d. Verletzung	

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten	
--	--

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?	
---	--

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welcher Schweregrad?	
---	---	-------------------------------	--

12. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
--	---	------------------	--

13. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.
--	---	--

14. Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)		

15. Haben Sie ein Bonusheft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?		

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

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

--	--

Datum	Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r
-------	--