

Anmeldung

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
---------------------	-----	-----

Zahlungspflichtiger / Name	Vorname	Geburtsdatum
----------------------------	---------	--------------

Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
---------------------	-----	-----

Telefon	Mobil
---------	-------

Telefon Arbeitgeber	Beruf	E-Mail
---------------------	-------	--------

Krankenkasse (Name)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> privatversichert | <input type="radio"/> pflichtversichert |
| <input type="radio"/> Beihilfe | <input type="radio"/> familienversichert |
| <input type="radio"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="radio"/> freiwillig versichert |
| | <input type="radio"/> ich wünsche Privatbehandlung (§13 Abs. 2 SGB V) |

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit ist uns wichtig. Zur Vermeidung von Komplikationen benötigen wir folgende Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Blutdruck | <input type="radio"/> zu hoch | <input type="radio"/> zu niedrig | <input type="radio"/> normal |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung / -operation, welche? | _____ | | |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | | | |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Typ 1 | <input type="radio"/> Typ 2 | <input type="radio"/> Insulinpflichtig |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung, welche: | _____ | | |
| <input type="radio"/> Immunerkrankung, welche: | _____ | | |
| <input type="radio"/> Hepatitis (Gelbsucht), welche: | _____ | | |
| <input type="radio"/> Ausgeheilt: | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unsicher |

- HIV
- Tuberkulose (TBC)
- Schilddrüsenerkrankung
- Transplantationen, welche: _____
- Osteoporose
- Glaukom
- Krebserkrankung
- Allergien, welche: _____
- Allergiepass vorhanden Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen / Operationen: _____
- Unverträglichkeit von Medikamenten _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, was / wie viele am Tag: _____
- Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____
- Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein: _____
- Für weibliche Patienten: Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein
- Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? Ja Nein
-

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte informieren Sie uns, sobald sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand geändert hat, damit wir Sie jederzeit entsprechend behandeln können. Diese Angaben werden ggf. elektronisch von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Wir wollen Wartezeiten vermeiden, deshalb führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Sonst kann Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).

Ich habe die obigen Angaben zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Als Versicherter einer privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfeberechtigter erhalten Sie, im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten eine aufgeschlüsselte Rechnung über die jeweils erbrachten zahnärztlichen Leistungen. Den jeweiligen Positionen finden Sie einen sogenannten Steigerungsfaktor zu ärztlichen (GOÄ) und zahnärztlichen (GOZ) Gebührenverordnung zugeordnet, der sich in der Regel zwischen dem 2,3- und 3,5-fachen des Gebührensatzes bewegt und je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand, sowie weiterer besonderer Umstände bei der Leistungserbringung bemessen wird.

Datum

Unterschrift