

# Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, Sie haben in der Regel keine oder nur sehr geringe Wartezeiten. Wir bitten Sie deshalb möglichst schon kurz vor Ihrem vereinbarten Termin in der Praxis zu sein. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte bei Beginn der Behandlung vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten der Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

**Patient/in**  
Herr/Frau/Kind

-----  
Name / Vorname

-----  
geb.

**Anschrift**

-----  
Straße / Hausnr.

-----  
Telefon

-----  
Postleitzahl / Ort

-----  
Mobiltelefon

**Mitglied /  
Zahlungspflichtige/r**  
(bei Kindern  
Erziehungsberechtigte/r)

-----  
Name / Vorname

-----  
geb.

**Anschrift**

-----  
Straße / Hausnr.

-----  
Telefon

-----  
Postleitzahl / Ort

-----  
Mobiltelefon

**Name des Kostenträgers** (Krankenkasse)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privatversichert                      | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert                                   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-<br>versicherte/r gemäß | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt<br>(Sozialamt / Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | § 257 Abs. 2a SGB V.   |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |  |   |

-----  
Beruf des Mitgliedes

-----  
Arbeitgeber

-----  
Tel.

-----  
Beruf des Patienten

-----  
Arbeitgeber

-----  
Tel.

-----  
Schüler / Student

-----  
Schule / Univ.

-----  
Tel.

Für unsere Patientenkartei benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie Ihrer Zahnarztpraxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versichertenstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (zutreffendes bitte ankreuzen)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)    | <input type="checkbox"/> TBC                      |
| <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten            | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS)     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit             | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                      |   |
- nein, keine der oben genannten       ggf. (seit) wann: .....
- Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien
- nein       wenn ja, welche: .....
- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Marcumar | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Lähmungen   |
- Blutdruck
- niedrig       hoch       normal      ggf. Werte: .....
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- ja       nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- ja       nein       ggf. welche: .....
4. Besteht eine Schwangerschaft?
- ja       nein       ungewiss      ggf. wievielte Woche: .....
5. Sonstige Angaben /andere Krankheiten: .....
6. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?
- ja       nein
- Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 – 6 Stunden beeinträchtigt sein kann!
7. Haben Sie im Hinblick auf die Behandlung
- völlige Ruhe     ein flaes Gefühl     sehr grosse Angst
8. Haben Sie einen Röntgenpass?
- ja       nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne: .....
9. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert
- ja       nein       kenne ich noch nicht
10. Sind Sie ggf. an einer Teilzahlungsmöglichkeit interessiert?
- ja       nein       Bitte sprechen Sie mich ggf. daraufhin an!
11. Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: .....

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

.....

Ort / Datum      Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r