

ANMELDUNG (ANAMNESEBOGEN)



Liebe Patientin , lieber Patient

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in die 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 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 versicherte/r Patient/in müssen Sie uns 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 haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in
Herr/Frau/Kind

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Anschrift

_____	_____
Straße/Nr.	E-Mail

Mitglied/
Zahlungspflichtige/r
bei Kinder Erziehungsber.

_____	_____	_____
Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Anschrift

_____	_____
Straße/Nr.	E-Mail
_____	_____
PLZ/Ort	Telefon
_____	_____
Mobil	

Name d. Kostenträger
Krankenkasse/Vers. _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarifversicherte(r) | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Ich bin Basistarifversicherte(r) | |
| <input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert | |

Beruf Mitglied

<input type="radio"/> Schüler/Student	_____
	Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

_____	_____	_____
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Telefon

Beruf Patient

<input type="radio"/> Schüler/Student	_____
	Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

_____	_____	_____
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Telefon

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.

1. Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | | |
|----|----------------------|---|---|---|-----------------------------|---|
| a) | Asthma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bluterkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Leberkrankheiten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Rheuma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | HIV-Infektion | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | TBC | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate | | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Ihr Hausarzt

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

- b) Allergische Reaktion/Unverträglichkeit
- | | | |
|-------------------------------|---|------------------------|
| Medikamenten/Materialien | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | wenn ja, welche? _____ |
| Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | _____ |

- c) Herzinfarkt
- | | | |
|-----------------------|---|--|
| Nehmen Sie Marcumar ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Lähmungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |

- d) Blutdruck
- | | | |
|-------------------------------|--|------------------|
| <input type="radio"/> niedrig | | |
| <input type="radio"/> normal | | |
| <input type="radio"/> hoch | | ggf. Werte _____ |

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein ggf. welche _____

4. Rauchen Sie ? ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft ja nein ungewiss
ggf. wievielte Woche? _____

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
Unfalldatum _____
Art der Verletzung _____

7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten?

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss v. Medikamenten/Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Std. beeinträchtigt sein kann.

9. Röntgenpass
- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Wünschen Sie einen Röntgenpass? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie (Datum/Körperteil) _____

10. Haben Sie ein Bonusheft ja nein ja nein
Ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z.B. professionelle Zahnreinigung interessiert ja nein

Wie / durch wen wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige Ich die Vollständigkeit meiner Daten und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum _____

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r _____