

# 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

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Anschrift

_____	_____
Straße/Nr.	E-Mail

PLZ/Ort

_____	_____	_____
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 beihilfeberechtigt      | <input type="radio"/> Ich bin Basistarifversicherte(r)    | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <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

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.

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  ja  nein  
 Medikamente/Materialien  ja  nein  
 Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- c) Herzinfarkt  ja  nein  
 Nehmen Sie Marcumar?  ja  nein  
 Schlaganfall  ja  nein  
 Lähmungen  ja  nein

- d) Blutdruck  niedrig  normal  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  ja  nein  
 Haben Sie einen Röntgenpass?  
 Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  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. Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändig. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO/BDSG und unsere Datenschutzhinweise ein.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_