Anmeldeformular

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis zur Behandlung. Damit wir Sie gründlich behandeln können, bitten wir Sie um nachstehende Angaben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen auch dann aus, wenn die letzte Befragung länger als 6 Monate zurückliegt, oder besondere Umstände es für nötig erscheinen lassen.

Patient:

Name, Vorname: .....
Geburtsdatum des Patienten: .....
Straße: .....
PLZ, Stadt: .....
Telefon privat: .....
Telefon (tagsüber) : .....
Handy / E-mail-Adresse ...../.....
Beruf / Arbeitgeber: ...../.....

Versicherter: (nur bei mitversicherten Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ausfüllen, zB. Kinder oder Ehegatten)

Name, Vorname: .....
Geburtsdatum des Versicherten: .....
Straße: .....
PLZ, Stadt: .....
Telefon privat: .....

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer):

.....

Versicherung :
O Privat (bitte Versicherungsnachweis oder Personalausweis vorlegen)
O freiwillig Versicherter bei der gesetzlichen Krankenkasse (erhöhter Kassenzuschuß)
O gesetzliche Krankenkasse (bitte Versichertenkarte vorlegen)
O Sozialamt, Auslandsabkommen (bitte gültigen Berechtigungsschein vorlegen)
O Bitte klären Sie mich über die Kostenerstattung statt Sachleistung der gesetzl. Krankenkassen auf.

Empfohlen durch : .....

Grund des Zahnarztbesuches :
O regelmäßige Kontrolluntersuchung
O Zahnschmerzen / Zahnfleischbluten
O professionelle Zahnreinigung (Jugendliche : Individualprophylaxe)

Persönlicher Anspruch :
O meine Zähne sind mir sehr wichtig !!
O Zahnfarbene, ästhetische und moderne Zahnheilkunde
O wirtschaftliche, notwendige und ausreichende Kassenzahnheilkunde
O Bitte erinnern Sie mich an eine regelmäßige Prophylaxe

Bitte wenden =>

Anamnese

1.) Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Medikamente eingenommen ? O ja O nein

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein ? O ja O nein

Wenn ja, welche ? .....

2.) Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

a) Herz	O ja	O nein .....
b) Blutdruck	O ja	O nein .....
c) Blutgerinnung	O ja	O nein .....
d) Lunge (Asthma u.a.)	O ja	O nein .....
e) Leber (Gelbsucht u.a.)	O ja	O nein .....
f) Niere	O ja	O nein .....
g) Osteoporose	O ja	O nein ……

3.) Leiden Sie an

a) Diabetes (Zucker)	O ja	O nein .....
b) Allergien	O ja	O nein .....
c) Rheumatischen Erkrankungen	O ja	O nein .....
d) Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a.)	O ja	O nein .....
e) Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Penicillin)	O ja	O nein .....

4.) Zeigen Sie Spritzenreaktionen

- werden Sie ohnmächtig?	O ja	O nein
- wird Ihnen schlecht?	O ja	O nein

5.) Besteht eine Schwangerschaft? O ja, im ..... Monat

6.) Besteht eine Pflegestufe ? Bitte den Pflegegrad angeben. O ja, Grad ……. (ggf. Ausweis vorlegen)

7.) Letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann ? .....

8.) Überwiesen durch vorbehandelnden Arzt, Zahnarzt: .....

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

(Nur für gesetzlich Versicherte): Wird die Behandlungsberechtigung (KVK) nicht spätestens 14 Tage vor Ende des Quartals der Behandlung nachgereicht, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt. Sie können die Rechnung bei ihrer Krankenkasse einreichen und Kostenerstattung beantragen. Gleiche Regelung gilt für die „Praxisgebühr“. Nach Abgabe der Quartalsabrechnung ist es uns nicht mehr möglich die „Praxisgebühr“ für das zurückliegende Quartal anzunehmen, da alle Zahlungen an ihre Krankenkasse übermittelt werden. Bitte klären Sie diese Fälle direkt mit ihrer Krankenkasse.

Die Praxis wird nach dem Bestell-System geführt. Dies erspart Ihnen unnötig lange Wartezeiten. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt und zwar mit 25,-€ je Viertelstunde, es sei denn, das Nichterscheinen sei unverschuldet.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Ich wurde über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung aufgeklärt.
Ich erkläre mich einverstanden, daß die Abrechnung der privaten zahnärztlichen Leistungen über eine Abrechnungsgesellschaft erfolgen kann.

Ludwigshafen, den ....
(Unterschrift)