



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient, Nachname: _____

Patient, Vorname: _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Versicherter,
Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse Patient: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftl: _____

Telefon mobil: _____

Fax : _____

E - Mail: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? _____ ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein
Fand innerhalb der letzten beiden Jahre eine Röntgenaufnahme der Zähne statt?			ja / nein
Möchten Sie an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? (Recall)			ja / nein

Bitte beachten Sie, dass nach einer Anästhesie Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage innerhalb von 24 Stunden, da wir andernfalls eine Ausfallzeitvergütung nach § 615 BGB berechnen. Es fallen pauschal pro angefangener Viertelstunde 40,-- Euro an.

Für gesetzlich Versicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich Versicherter das Recht habe, unter Vorlage meiner Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Sollte ich NACH VORHERIGER AUFKLÄRUNG Leistungen erhalten, welche nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V und den geltenden Richtlinien gehören, möchte ich diese Leistungen als Privatpatient erhalten und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu bezahlen. Für diese Kosten erhalte ich einen Kostenplan und nach Erbringung der Leistung eine Privatrechnung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung (GOZ).

Für privat Versicherte:

Ich verpflichte mich, eine korrekt erstellte Rechnung ohne Abzüge innerhalb des auf der Rechnung angegebenen Zahlungszieles zu bezahlen, ungeachtet von Einwänden oder Kürzungen durch meine Versicherung/ Beihilfestelle.

Ich verzichte darauf, Forderungen auf meine Liquidation abzutreten oder zu verpfänden.

Sollten nach vorheriger Absprache Fotoaufnahmen der Zähne angefertigt werden, erkläre ich mich mit der elektronischen Archivierung dieser Aufnahmen in der Praxis einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____