

Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Patient

Herr / Frau / Kind

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ E-Mail _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Zahlungspflichtiger

(siehe Hinweis in der Fußzeile)

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ E-Mail _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name der Krankenkasse

_____ pflichtversichert

privatversichert

freiwillig versichert → Ich wünsche Privatbehandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V)
private Zusatzvers. → Ich wünsche GKV-Behandlung

Beruf des Zahlungspflichtigen

_____ Arbeitgeber _____

Anschrift des Arbeitgebers

Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon _____

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, *spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen*, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

- | | |
|--|--|
| <p>1. Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?</p> <p>a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein</p> <p>b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein</p> <p>c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
ggf. welche? _____</p> <p>d) Blutdruck _____ niedrig normal hoch
ggf. Werte? _____</p> <p>e) Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen nein
ggf. wann? _____</p> <p>f) Gelbsucht Leberkrankheiten HIV-Inf. nein
ggf. wann? _____</p> <p>g) Zuckerkrankheit ja nein</p> <p>h) Rheuma ja nein</p> <p>i) Bluterkrankungen
Blutgerinnungsstörungen nein</p> <p>2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein</p> | <p>3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein</p> <p>4. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein</p> <p>5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____</p> <p>6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
ggf. welche? _____</p> <p>7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
ggf. wievielte Woche? _____</p> <p>8. Rauchen Sie? ja nein</p> <p>9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

_____</p> |
|--|--|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Hinweis: Zahlungspflichtiger (= Rechnungsempfänger), bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient; bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter