Anmeldung | Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere 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 Ihr 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 krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte 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/-in können Sie alternativ zur kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte auch mit Ihrer Krankenkasse abstimmen, Behandlungen auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung) durchzuführen. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Patient/-in
Herr / Frau / Kind

Name | Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail* | Geburtsort

Postleitzahl / Ort | Telefon oder Mobil

Beruf Patient/-in

Arbeitgeber

Schüler / Student

Anschrift Arbeitgeber*

Straße / Hausnr. | Postleitzahl / Ort | Telefon

Ggf. ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name | Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail*

Postleitzahl / Ort | Telefon oder Mobil

Beruf ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in*

Arbeitgeber

Schüler / Student

Anschrift Arbeitgeber*

Straße / Hausnr. | Postleitzahl / Ort | Telefon

Name Kostenträger
(Krankenkasse oder Versicherung)

Ich bin pflichtversichert
Ich bin freiwillig versichert
Ich bin beihilfeberechtigt
Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin privat versichert
Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)
Ich bin Basistarif-Versicherte(r)

Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
Ich bin nicht versichert
Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

* freiwillige Angaben

Bitte Rückseite beachten!

DZR-A_Anam_V41 06/25-1000

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!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma			Bluterkrankungen			Hepatitis A / B / C		
Diabetes			Blutgerinnungsstörungen			Epilepsie		
Rheuma			Herzfehler			Schilddrüsenerkrankungen		
Osteoporose			Endokarditis			Nierenfunktionsstörungen		
TBC			Krankenhauskeim MRSA			Creutzfeldt-Jakob		
HIV-Infektion			Leberkrankheiten			Tumor / Karzinom / Krebs		

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Ihr Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

Vorbehandelnde Zahnarztpraxis*

Name | Anschrift | Telefon

b) Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein

Schlaganfall ja nein

Lähmungen ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein Wenn ja, welche?

d) Haben Sie einen zu hohen Blutdruck? ja nein Haben Sie einen zu niedrigen Blutdruck? ja nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein

3. Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente? ja nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?

5. Schnarchen Sie? ja nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss Ggf. wievielte Woche

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum

Art. d. Verletzung

9. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ja nein Wenn ja, welcher Schweregrad?

10. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor? ja nein Wenn ja, welche?

11. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

12. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

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

13. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

14. Nutzen Sie die elektronische Patientenakte? ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:*

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

Datum | Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r