

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. akuten Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte 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 haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. §13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in

Herr/Frau/Kind

--	--	--

Name

Vorname

Geb.

Anschrift

--	--

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

--	--

Emailadresse

Telefon/Mobil

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtiger
Bei Kindern Erziehungsberechtigte/r

--	--	--

Name

Vorname

Geb.

--	--

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

--	--

Emailadresse

Telefon/Mobil

Name des Kostenträgers
Krankenkasse oder Versicherung

--	--

Ich bin:
Bitte wählen Sie Ihre Versorgung

pfllichtversichert

privat versichert

Kostenerstattung nach § 13 SGB V

freiwillig versichert

Standartarif-Versicherte/-r

nicht versichert

beihilfeberechtigt

Basistarif-Versicherte/-r

zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

privat zusatzversichert

Beruf des Patienten

--	--

Beruf

Arbeitgeber

Schüler / Student

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 Änderung Ihrer Daten mit.



Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen:

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tumor/Karzinom/Krebs |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |

Ihr Hausarzt

Name & Adresse

Tel.

b. Bestehen Allergien ?

Sie haben einen Allergiepass ? Allergien:

c. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ? | Wenn ja welche: |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------|

d. Blutdruck

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> niedrig | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hoch | ggf. Werte |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------|

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?

4. Rauchen Sie ?

5. Schnarchen Sie ?

6. Bestehen Suchtkrankheiten?

ggf. welche

3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ?

ggf. welche

7. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

ggf. welche Woche

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

 Ja Nein

Unfalldatum

Art d. Verletzung

9. Sonstige Angaben / Andere Krankheiten

10. Letzter Krankenhaus Aufenthalt

11. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinn des §15 SGB V vor ?

Wenn ja, welcher Schweregrad ?

12. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine örtliche Betäubung ?

Bitte beachte Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt werden kann.

13. Haben Sie einen Röntgenpass ?

Sie wünschen einen Röntgenpass ?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie

Datum/Körperteil

14. Haben Sie ein Bonusheft ?

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung ausgeführt ?

Datum

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Freiwillige Angabe

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Anhaben:

Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter