

# Anmeldung

## Patient

Herr / Frau / Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

## Mitglied / Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

## Anschrift

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Zusatzversicherung

## private Vers.

Beihilfe

## Beruf

\_\_\_\_\_

## Anschrift des Arbeitgebers

Tel.: \_\_\_\_\_

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, rechtzeitig vorher absagen sollten.

Für sozialversicherte Patienten wichtig:

Wird die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn beigebracht, so erfolgt private Rechnungslegung.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen

1. Tragen Sie Zahnersatz?  
 ja     nein    wie alt \_\_\_\_\_
  2. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  
 ja     nein
  3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  
 ja     nein
  4. Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?
    - a. Asthma  
 (schwere Atemnot)     Heuschnupfen
    - b. Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeit  
\_\_\_\_\_
    - c.  Gelbsucht     Leberkrankheiten  
 Tuberkulose     AIDS
    - d.  Zuckerkrankheit (Diabetes)
    - e.  hoher / niedriger Blutdruck     Ohnmachtsneigung
  - f. Herzinfarkt (ggf. wann) \_\_\_\_\_
  - g. Schlaganfall, Lähmungen (ggf. wann) \_\_\_\_\_
  - h.  Bluterkrankungen     Blutgerinnungsstörungen
  - i.  Rheuma     Störungen der Schilddrüse  
 Magen/Darmstörungen
  - j. Bestehen z. Zt. andere Krankheiten, wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
5. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?  
Wenn ja, welche? (wichtig sind vor allem Marcumar und Bisphosphonate)  
\_\_\_\_\_
  6. Schwangerschaft ja / nein / ungewiss \_\_\_\_\_ Monat
  7. letzte Röntgenuntersuchung \_\_\_\_\_
  8. Name und Anschrift des Hausarztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  9. Überwiesen oder empfohlen durch \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden. Teilen Sie uns Änderungen Ihrer Adresse oder Ihres Gesundheitszustandes mit.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten