

## Anmeldung/Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,  
vielen Dank, dass Sie zur Behandlung zu uns kommen. Ihre Zeit ist uns wichtig, daher führen wir unsere Praxis nach einem Bestellsystem, um Wartezeiten zu vermeiden.

Medizinisch notwendige, aber nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können in Ausnahmesituationen 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, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ab. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie leider mit Wartezeiten rechnen, da unsere Terminpatienten Vorrang haben. Wir versuchen Sie schnellstmöglich zu behandeln.

### Patient/-in

#### Herr/Frau/Kind

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

#### Anschrift

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Mitglied/Zahlungspflichtige/-r (Bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

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

#### Anschrift

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert    
  Ich bin privat versichert    
  Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt  
 Ich bin freiwillig versichert    
  Ich bin Standardtarif-Versicherte (r)    
  Ich bin nicht versichert  
 Ich bin beihilfeberechtigt    
  Ich bin Basistarif-Versicherte (r)    
  Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)  
 Ich bin privat zusatzversichert

#### Beruf des Mitgliedes

Schüler/Student \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

#### Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

#### Beruf des Patienten

Schüler/Student \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

#### Anschrift des Arbeitgebers

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

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

Ihr Hausarzt:

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  
 Nehmen Sie Marcumar?  ja  nein Lähmungen  ja  nein

d) Blutdruck  niedrig  normal  hoch  
 ggf. Werte angeben: \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie?  ja  nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer-, oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein Unfalldatum \_\_\_\_\_  
 Art d. Verletzung \_\_\_\_\_

8. Sonstige Angaben/ andere Krankheiten \_\_\_\_\_

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

10. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein Wann war Ihre letzte Datum/Körperteil \_\_\_\_\_  
 Wünschen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? \_\_\_\_\_

11. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?  ja  nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte zum Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Für zu kurzfristig abgesagte Termine erheben wir eine Ausfallgebühr.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_