

Anmeldung | Anamnese

Lieber Patient (m/w/d),

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regelzeit 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 (m/w/d) 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 versicherter Patient (m/w/d) haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname	Geburtsdatum

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	E-Mail	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefonnummer	Mobilnummer

**Mitglied /
Zahlungspflichtiger**

(Erziehungsberechtigte/r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	E-Mail	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl / Ort	Telefonnummer	Mobilnummer

Kostenträger

(Krankenkasse / Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

Beruf des Mitglieds

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schüler / Student	Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefonnummer

Beruf des Patienten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schüler / Student	Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefonnummer

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"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<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 Biophosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ihr Hausarzt:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Anschrift	Telefon

b) Bestehende Allergien? ja nein wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein

Schlaganfall ja nein

Lähmung ja nein

Nehmen Sie blutverdünnungs Mittel? ja nein wenn ja, welche?

c) Blutdruck niedrig

normal

hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Schnarchen Sie? ja nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten ja nein wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss wenn ja, wievielte Woche:

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

Art der Verletzung

9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

10. 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.

11. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

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

12. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

13. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

14. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Empfehlung Internet Zeitung Schilder am Gebäude anderes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben und stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r