

# 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 haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/-in

Herr / Frau / Kind

|      |  |         |  |      |
|------|--|---------|--|------|
| Name |  | Vorname |  | geb. |
|------|--|---------|--|------|

### Anschrift

|                    |  |                    |             |
|--------------------|--|--------------------|-------------|
| Straße / Hausnr.   |  | E-Mail*            | Geburtsort* |
| Postleitzahl / Ort |  | Telefon oder Mobil |             |

### Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

|      |  |         |  |      |
|------|--|---------|--|------|
| Name |  | Vorname |  | geb. |
|------|--|---------|--|------|

### Anschrift

|                    |  |                    |
|--------------------|--|--------------------|
| Straße / Hausnr.   |  | E-Mail*            |
| Postleitzahl / Ort |  | Telefon oder Mobil |

### Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| Name des Kostenträgers |  |  |
|------------------------|--|--|

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)    | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |

### Beruf des Mitgliedes\*

|  |  |
|--|--|
| Beruf des Mitgliedes*                      |  |
| Arbeitgeber                                |  |
| <input type="checkbox"/> Schüler / Student |  |

### Anschrift des Arbeitgebers\*

|                  |  |                    |         |
|------------------|--|--------------------|---------|
| Straße / Hausnr. |  | Postleitzahl / Ort | Telefon |
|------------------|--|--------------------|---------|

### Beruf des Patienten

|  |  |
|--|--|
| Beruf des Patienten                        |  |
| Arbeitgeber                                |  |
| <input type="checkbox"/> Schüler / Student |  |

### Anschrift des Arbeitgebers\*

|                  |  |                    |         |
|------------------|--|--------------------|---------|
| Straße / Hausnr. |  | 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!**

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

**1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

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

Ihr Hausarzt:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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) Blutdruck  niedrig  normal  hoch Ggf. Werte

**2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  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 **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. Sonstige Angaben / andere Krankheiten**

10. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?

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

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

13. 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.**

14. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)

15. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

**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