

Anmeldeformular Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

vor Beginn Ihrer Untersuchung oder Behandlung benötigen wir Angaben zu Ihrer Person bzw. zu Ihrem Kind:

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Postleitzahl Ort Straße

Telefon:

Privat Mobil Beruflich

Für Privatversicherte: Ich bin in einem Basistarif versichert: ja nein

Vorerkrankungen:

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, daher möchten wir Sie bitten, die unten stehenden Fragen zu beantworten. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Herzinfarkt (wenn ja, wann?) ja nein
 Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z.B Marcumar) ja nein
 Ist bei Ihnen Endokarditisprophylaxe erforderlich (Herzpass?) ja nein

Kreislaufferkrankungen:

zu hoher Blutdruck ja nein
 zu niedriger Blutdruck. ja nein
 Ohnmachtsanfälle ja nein

Nierenerkrankungen:

chronische Niereninsuffizienz ja nein
 Dialyse? ja nein

Anmeldeformular Anamnesebogen

Allergien:

- Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
 Penicillin-Allergie ja nein
 Nickelallergie ja nein
 Latexallergie ja nein
 Sonstige Überempfindlichkeiten gegen
 Asthma ja nein

Andere Erkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) ja nein
 Epileptiforme Anfälle/Krämpfe ja nein
 Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
 Leberentzündungen (Hepatitis A, B oder C) ja nein
 Tuberkulose ja nein
 HIV/AIDS ja nein
 Wurden Sie im letzten halben Jahr operiert? ja nein
 Wurde bei Ihnen schon einmal Krebs festgestellt? ja nein
 Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate?) ja nein

Sonstige Erkrankungen:

..... Besteht eine Schwangerschaft?

- nein
 ja, im Monat

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit:

..... Oder Medikamentenliste beigefügt

- ja nein

Bitte beachten Sie die Seite 3

Anmeldeformular Anamnesebogen

Wichtige Hinweise

Für Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenkasse:

Die Krankenversichertenkarte muss vor einer Untersuchung/Behandlung einmal im Quartal (Vierteljahr) in der Praxis vorgelegt werden. Liegt die Krankenversichertenkarte bei Behandlungsbeginn nicht vor, müssen Sie diese innerhalb von 10 Tagen nachreichen. Geschieht das nicht, sind wir nach dem Gesetz berechtigt, Ihnen die Behandlung privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Datenschutz:

Ihre Daten werden in der praxiseigenen EDV-Anlage gespeichert und verarbeitet. Die Behandlungsdaten der gesetzlich versicherten Patienten werden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen zu Abrechnungs- und Prüfungszwecken zur Verfügung gestellt.

Deutsche Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft (DZR):

Die Rechnungen für Privatpatienten und die Eigenanteilsrechnungen/ Mehrkostenrechnungen der gesetzlich versicherten Patienten werden über die DZR abgerechnet. Wir sind verpflichtet von den Patienten vor Behandlungsbeginn deren Einwilligung einzuholen. Dafür bekommen Sie ein separates Formular, die Einverständniserklärung der DZR. Wir möchten Sie bitten dieses zu unterschreiben.

Entbindung von der Schweigepflicht:

Um eine bestmögliche Behandlung durchführen zu können, ist es manchmal notwendig mit anderen Ärzten oder Zahnärzten über Ihre Gesundheit, Befunde oder bereits durchgeführte Behandlung zu sprechen.

Durch Ihre Unterschrift entbinden Sie mich und die vorbehandelnden oder mitbehandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte von der Schweigepflicht. Dazu gehört auch, dass wir bei Bedarf die Röntgenbilder der vorbehandelnden Zahnärzte anfordern dürfen.

Bestellpraxis:

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Wir versuchen dadurch die Wartezeiten in der Praxis so kurz wie möglich zu halten. Leider können auch wir Wartezeiten nicht immer vermeiden. Unser Bestellsystem bedeutet, dass wir die geplante Behandlungszeit nur für Sie reservieren, damit die Behandlung in Ruhe durchgeführt werden kann. Daher bitten wir Sie, einen Termin spätestens einen Tag vorher abzusagen, falls Sie ihn nicht einhalten können. Sollte das nicht der Fall sein, behalten wir uns das Recht vor, Ihnen ein Ausfallhonorar von €50,- in Rechnung zu stellen.

SMS-Service:

Als weiteren Service unserer Praxis bieten wir an, dass wir Sie gerne an längere Behandlungstermine bzw. Prophylaxeterminale per SMS erinnern möchten. Dafür benötigen wir Ihre Handynummer. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns das.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahr sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter

Wir danken für Ihre Angaben!