Anmeldung | Anamnese

zahn medizin mitte

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. Bei schuldhaften Versäumnis des Termins behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.
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)

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

Beruf des Patienten

Arbeitgeber

☐ Schüler/Student

* freiwillige Angaben

Hinweis zu privatzahnärztlichen (Zusatz–) Leistungen

Gemäß § 1 der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) sind Zahnärzte verpflichtet, die Vergütungen der beruflichen Leistungen nach dieser zu berechnen, soweit nicht durch das Bundesgesetz etwas Anderes bestimmt wird.
Die derzeit gültige GOZ ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Aufgrund unterschiedlicher Auslegungen der Gebührenordnung seitens der Zahnärzte und der Kostenerstatter sowie derzeit noch fehlender einschlägiger Rechtsprechungen kann es wegen der Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen gelegentlich zu Erstattungsschwierigkeiten mit den kostenerstattenden Stellen kommen.
In den uns bekannten Erstattungsschwierigkeiten bei individuellen Behandlungsmaßnahmen werden wir Sie vor Behandlungsbeginn darüber in Kenntnis setzen. Jedoch können und dürfen wir aus juristischen Gründen keine Auskünfte über abgeschlossene Verträge und deren Inhalte geben. Ansprechpartner in diesen Angelegenheiten ist ausschließlich die Versicherungsgesellschaft bzw. deren Mitarbeiter. Wir stellen Ihnen gerne im Vorfeld unserer Behandlungen eine Kostenaufstellung zur Verfügung welche auch bei der Krankenkasse vor der Behandlung eingereicht werden kann. Unsere Liquidationen erstellen wir ausschließlich nach vertretbaren Auslegungen der GOZ und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sollte der 2,3-fache Satz der GOZ oder GOÄ überschritten werden erfolgt eine schriftliche Begründung für den eingesetzten Steigerungssatz, was in den meisten Fällen die volle Erstattung ermöglicht. Es besteht jedoch kein Anspruch auf eine nachträgliche Anpassung der Rechnung an die erstatteten Beträge

Bitte Rückseite beachten!

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?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma			Bluterkrankungen			Schilddrüsenerkrankungen		
Diabetes			Blutgerinnungsstörungen			Nierenfunktionsstörungen		
Rheuma			Krankenhauskeim MRSA			Creutzfeldt-Jakob		
Osteoporose			Leberkrankheiten			Tumor/Karzinom/Krebs		
TBC			Hepatitis A/B/C			Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate / Antiresorptiva ein?		
HIV-Infektion			Epilepsie					

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

11. 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.

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

13. 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

* freiwillige Angaben