

# 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)

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

### Beruf des Mitgliedes\*

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

### Anschrift des Arbeitgebers\*

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

### Beruf des Patienten

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

### Anschrift des Arbeitgebers\*

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

\* freiwillige Angaben

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	<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:

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

**Zusätzlicher Gesundheitsfragebogen**

Die folgenden Fragen dienen der Risikoabklärung, bitte lesen und beantworten Sie alles gewissenhaft. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich beim Ausfüllen Unklarheiten ergeben, besprechen wir diese gerne mit Ihnen.

Haben Sie einen Medikationsplan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Reagierten Sie jemals überempfindlich auf irgendwelche Substanzen oder Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie oft Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackenbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie tags oder nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Erlebnisse mit der zahnärztlichen Behandlung, über die Sie gerne mit uns sprechen würden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Setzt beim Schlafen der Atem aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

**Hinweis zu Terminabsprachen**

Da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wir Sie, mit uns vereinbarte Termine einzuhalten. Sollte Ihnen etwas dazwischen kommen, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens 48 Stunden vorher ab. Wir haben sonst nur geringe Chancen diesen Termin neu zu vergeben. Deshalb behalten wir uns vor, kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine Ihnen mit einer Gebühr von € 100,- pro ½ Stunde in Rechnung zu stellen, wenn sich ein Praxisleerlauf ergibt. Die Kosten werden von der Krankenkasse nicht erstattet.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Weitergabe personenbezogener Patientendaten

### Kommunikation zwischen der Praxis und der/dem Patient/in:

Die Praxis darf an mich telefonisch folgende Daten übermitteln:

- Patienten- und Terminiendaten (z.B.: Name, Adresse, Terminangelegenheiten inkl. Terminerinnerungen)
- Behandlungsdaten (z.B.: Laborergebnisse, Diagnose, Rechnungen, Heil-/Kostenpläne)
- Keine (ⓘ Sie erhalten dann keine Auskünfte von uns am Telefon).

Telefonnummer 1	
Telefonnummer 2	

### Weitergabe der Patientendaten an Angehörige

- Ich stimme der Weitergabe meiner Termin-, Abrechnungs- und Behandlungsdaten an folgende Angehörige bzw. deren Bevollmächtigte zu:

<b>1. Vorname, Name</b>	
1. Telefonnummer	
<b>2. Vorname, Name</b>	
2. Telefonnummer	
<b>3. Vorname, Name</b>	
3. Telefonnummer	

### Austausch der Patientendaten zu Behandlungszwecken

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle für die Durchführung einer konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde zwischen meinen Vor- und Nachbehandlern eingeholt und weitergegeben werden dürfen. Zu diesem Zweck sind diese von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

- Ich stimme hiermit zu, dass ich Ihre Praxis über den Kreis der mich behandelnden Ärzte (Hausärzte, Kieferorthopäden und Zahnärzte) informiere. Aktuell sind es:

<b>Praxis, Name</b>	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)
<b>Praxis, Name</b>	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)
<b>Praxis, Name</b>	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

- Ich stimme hiermit zu, dass die Praxis in dringenden Fällen für die Datenübermittlung Fax und eine transportverschlüsselte E-Mail (keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung) benutzen darf.

- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich in der Praxis widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter/In