ZAHNARZTPRAXIS AM LANDRATSPARK

WEIL SCHÖNE ZÄHNE KEIN ZUFALL SIND - DR. NOLTE & KOLLEGEN

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 geringere Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um 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 Gesundheitskarte 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 kassenzahnärztlichen Behandlungen über die Gesundheitskarte 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 | Mobil

Mitglied/ Zahlungspflichtiger
(Bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name | Vorname | geb.

Straße/ Hausnr. | E-Mail

Postleitzahl/Ort | Telefon | 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

Beruf/ Schüler/ Student | Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Straße/Hausnr. | Postleitzahl/Ort | Telefon

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!

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	○	○	Bluterkrankungen	○	○	Schilddrüsenerkrankung	○	○
Zuckerkrankheit	○	○	Blutgerinnungsstörung	○	○	Nierenfunktionsstörung	○	○
Rheuma	○	○	Krankenhauskeim MRSA	○	○	Creutzfeldt-Jakob	○	○
Osteoporose	○	○	Leberkrankheit	○	○	Tumor/Karzinom/Krebs	○	○
TBC	○	○	Hepatitis A/B/C	○	○	Nehmen Sie in diesem	○	○
HIV-Infektion	○	○	(Gelbsucht)			Zusammenhang Bisphosphonate?		

Ihr Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

b) Bestehen Allergien ja○ nein○ Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergie-Pass? Ja○ nein○

c) Herzinfarkt
Nehmen Sie Marcumar? Ja ○ nein ○
Schlaganfall ja ○ nein ○
Lähmungen ja ○ nein ○

d) Blutdruck ggf. Werte
niedrig ○
normal ○
hoch ○

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja ○ nein ○
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja ○ nein ○ ggf. welche?
Rauchen Sie? ja ○ nein ○
Bestehen Suchtkrankheiten? ja ○ nein ○ ggf. welche?
Besteht eine Schwangerschaft? ja ○ nein ○
ungewiss ○ ggf. wievielte Woche
Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor ja ○ nein ○
Unfalldatum
Art d. Verletzung
Nehmen Sie Antidepressiva ja ○ nein ○ ggf. welche
Sonstige Angaben/ andere Krankheiten

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter Betäubung? ja ○ nein ○

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wiegen Sie mehr als 140 Kg? ja○ nein ○
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? Datum Körperteil
Haben Sie ein Bonusheft? Ja ○ nein ○
Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu.

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r