



ANMELDUNG

NAME	VORNAME	GEB.
STRASSE / HAUSNUMMER	PLZ	ORT
ZAHLUNGSPFLICHTIGER / NAME	VORNAME	GEB.
STRASSE / HAUSNUMMER	PLZ	ORT
TELEFON	MOBIL	E-MAIL
TELEFON BERUFLICH	BERUF	

KRANKENKASSE (NAME) PRIVATVERSICHERT PFLICHTVERSICHERT
 FAMILIENVERSICHERT PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG
 BEIHILFE FREIWILLIG VERSICHERT
 ICH WÜNSCHE PRIVATBEHANDLUNG (§ 13 ABS. 2 SGB V)
 ICH WÜNSCHE GKV-BEHANDLUNG

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

IHRE GESUNDHEIT IST UNS WICHTIG. ZUR VERMEIDUNG VON KOMPLIKATIONEN BENÖTIGEN WIR FOLGENDE ANGABEN ZU IHRER ALLGEMEINEN GESUNDHEIT. **SELBSTVERSTÄNDLICH UNTERLIEGEN ALLE ANGABEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.**

HATTEN / HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

BLUTDRUCK ZU HOCH ZU NIEDRIG NORMAL

ANGINA PECTORIS

ZUSTAND NACH HERZINFARKT (WANN WAR DER INFARKT?)

HERZSCHRITTMACHER

HERZKLAPPENFEHLER / ANGEBORENER HERZFEHLER

ZUSTAND NACH EINSETZEN EINER KÜNSTLICHEN HERZKLAPPE ODER GEFÄSSENDOPROTHESE

SCHLAGANFALL

SONSTIGE

DIABETES MELLITUS TYP1 TYP2 INSULINPFLICHTIG

BLUTGERINNUNGSSTORUNG, WELCHE:

IMMUNERKRANKUNG, WELCHE:

ANFALLSLEIDEN, WELCHE:

HEPATITIS (GELBSUCHT), WELCHE: AUSGEHEILT: JA NEIN UNSICHER

HIV

TUBERKULOSE

SONSTIGE



>> HATTEN / HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

- MAGEN-DARMERKRANKUNG
 LEBER (Z.B. ZIRRHOSE, FUNKTIONSTORUNG ETC.)
 LUNGE (Z.B. ASTHMA BRONCHIALE ETC.)
 NIERE (Z.B. FUNKTIONSTORUNG, DIALYSE ETC.)
 TRANSPLANTATIONEN, WELCHE:
 OSTEOPOROSE BISPHOSPHONATMEDIKATION
 GLAUKOM
 KREBSERKRANKUNG
 CHEMOTHERAPIE STRAHLENTHERAPIE

- ALLERGIEN, WELCHE:
 ALLERGIEPASS VORHANDEN JA NEIN

SONSTIGE ERKRANKUNGEN / OPERATIONEN:

UNVERTRÄGLICHKEIT VON MEDIKAMENTEN, WELCHE:

RAUCHEN SIE? WENN JA, WAS / WIE VIELE AM TAG:

BEHANDELNDER ARZT / HAUSARZT:

ICH NEHME ZUR ZEIT FOLGENDE MEDIKAMENTE EIN:

- MÖCHTEN SIE VON UNS ÜBER NEUE UND BESSERE BEHANDLUNGSMETHODEN INFORMIERT WERDEN, AUCH WENN
 DIESE LEISTUNGEN VON DEN KRANKENKASSEN NICHT ODER NUR TEILWEISE ÜBERNOMMEN WERDEN? JA NEIN
 MÖCHTEN SIE VON UNS AN DIE HALBJÄHRLICHE VORSORGEUNTERSUCHUNG ERINNERT WERDEN? JA NEIN

FÜR WEIBLICHE PATIENTEN: ICH BIN SCHWANGER ICH BIN NICHT SCHWANGER

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

bitte informieren sie uns, sobald sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand geändert hat, damit wir sie jederzeit entsprechend behandeln können. Diese Angaben werden ggf. elektronisch von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht:

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Wir wollen Wartezeiten vermeiden, deshalb kommen sie zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen. Sonst kann ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB)

Ich habe die obigen Angaben zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Als Versicherter einer privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfeberechtigter erhalten sie, im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten eine aufgeschlüsselte Rechnung über die jeweils erbrachten zahnärztlichen Leistungen. Den jeweiligen Positionen finden sie einen sogenannten Steigerungs-Faktor zur ärztlichen (GOÄ) und zahnärztlichen (GOZ) Gebührenordnung zugeordnet, der sich in der Regel zwischen dem 2,3- und 3,5- fachen des Gebührensatzes bewegt und je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie weiterer besonderer Umstände bei der Leistungserbringung bemessen wird.

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT