

Zahnarztpraxis

Dr. Witzel

Am Mühlgraben 6a - 63927 Bürgstadt
Telefon: 09371 5242 - Telefax: 09371 6508056

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Geb.-Ort: _____
Wohn-Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Tel. mobil: _____
E-Mailadresse: _____ @ _____
ausgeübter Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
privatversichert: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll eventuelle Rechnungen erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken (Zutreffendes bitte ankreuzen) ?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Stoffe? Welche? ja nein
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen (Bluter, Aspirin, Godamed, Markumar, Kumarin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis etc.)? ja nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
Haben Sie infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose etc.)? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja nein
Haben Sie grünen Star? ja nein
Haben Sie Asthma? ja nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche? _____ ja nein
Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche? _____ ja nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Zur Kontrolle ja nein
Haben Sie moment. Probleme/Schmerzen? ja nein Fand eine Röntgenuntersuchung im ja nein
Stört Sie an Ihren Zähnen etwas? ja nein Kopfbereich statt? Wenn ja, wann? _____

- Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin schriftlich erinnern? ja nein
- Hätten Sie auch kurzfristig Zeit, wenn bei uns ein Termin frei wird? ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum: _____ **X** _____
Unterschrift

Bitte die nächste Seite auch noch beachten!

Ihre Einverständniserklärung

Die „Betäubungsspritze“

In vielen Fällen ist eine Zahnbehandlung ohne die sog. Lokalanästhesie, also die örtliche Betäubung, nicht oder nur schwer möglich. Auch wenn die Risiken und Nebenwirkungen bei diesem Routineeingriff äußerst gering sind, so müssen wir Sie doch vorher von Rechts wegen darüber in Kenntnis setzen:

Die Betäubungssubstanz kann eine Unverträglichkeitsreaktion des Körpers hervorrufen, die von Unwohlsein bis zu massiven Kreislaufbeschwerden reichen kann.

Bei der Injektion können anatomische Strukturen wie Blutgefäße oder Nerven (N. lingualis, N. buccalis, N. alveolaris inferior, N. facialis) getroffen werden, was sich in einem Bluterguss (Hämatom) oder der zeitweisen, selten auch dauerhaften Beeinträchtigung des Gefühls (Taubheit), Geschmackssinns oder der Motorik äußern kann. In manchen Fällen besteht die Alternative, eine risikoärmere, sog. Intraligamentäranästhesie anstelle der wirkungsvolleren Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie durchzuführen, was jedoch im Einzelfall abgewägt werden muss.

Falls Sie keine Anästhesie wünschen, sagen Sie dies bitte immer. Bei bestehender Schwangerschaft teilen Sie auch dies dem Arzt bitte immer mit. Gleiches gilt für Allergien und Unverträglichkeiten. Als letzten Punkt wollen wir Sie noch darauf hinweisen, dass die Anästhesie das Führen von Fahrzeugen und Maschinen beeinträchtigen kann.

Abbruch von Behandlungen

Wird eine Behandlung, die sich über mehrere Termine erstreckt begonnen und nicht zu Ende geführt, so können Kosten entstehen (z.B. Labor), die wir soweit uns möglich mit den Krankenkassen abrechnen. Dies ist jedoch nicht in jedem Falle durchführbar, weshalb wir uns vorbehalten, die offenen Posten dem Patienten privat in Rechnung zu stellen.

Kostenübernahme durch Versicherer

Wir informieren Sie selbstverständlich über die entstehenden Kosten. Welcher Anteil davon von priv. Kostenträgern oder Beihilfe rückerstattet wird, entzieht sich jedoch unserem Einfluss. So ist eine Erstattung der Beihilfe über dem Faktor 2,3 trotz korrekter Rechnungsstellung nicht sicher. Privat "standard- oder basisversicherten" Patienten stellen wir die Leistungen zum üblichen Satz in Rechnung.

Einen gesetzlichen Forderungsübergang der Honorar- und Laborkosten auf Dritte (=Versicherer) nach § 194 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 86 Abs. 1 VVG schließen wir aus, denn unser Vertragspartner ist ausschließlich der jeweilige Patient/Versicherte.

Terminmanagement

Um Ihre Wartezeit so kurz wie irgend möglich zu halten, führen wir ein genau geplantes Terminsystem ohne "Patientenpuffer im Wartezimmer". Wir bitten Sie daher pünktlich zu erscheinen und - falls Sie einmal verhindert sein sollten - uns rechtzeitig, d.h. mindestens 24h vorher persönlich Bescheid zu geben (Telefon), um umplanen zu können. Vor Wochenenden/Feiertagen verlängert sich diese Frist um deren Dauer. Wir behalten uns das Recht vor, bei verschuldet nicht wahrgenommenen oder zu kurzfristig abgesagten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe des entstandenen Schadens in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

Datenschutz

Ihre Daten zu schützen ist wichtig. Daher wollen wir auf diesem Wege Ihr Einverständnis einholen, bei Bedarf personenbezogene Daten (d.h. ihren Namen und ihr Geburtsdatum) an unser Partnerlabor weitergeben zu dürfen.

Ich habe von der schriftlichen u. persönlichen Aufklärung über die fünf obigen Punkte Kenntnis genommen, diese verstanden und genug Zeit zum Überdenken gehabt. Weitergehende Fragen bestehen nicht, bzw. wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum: _____ X _____

Unterschrift