

# Zahnarztpraxis

**Dr. Witzel**

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

## Anmeldebogen mit Anamnese

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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?

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®, Lixiana®,  
Cumarin, 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 (SMS/Email/Postkarte)? ...  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 Patient

# 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 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 an behandelnde Ärzte und/oder unser Dentallabor weitergeben zu dürfen. Weitere Datenschutzinformationen: <https://www.zahnarzt-witzel.de/fuer-sie/downloads/datenschutzinfo.pdf>

***Ich habe von der schriftlichen u. persönlichen Aufklärung über alle 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 Patient