

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,

das Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen. Wir bitten Sie, uns einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens tragen Sie zu einem einfacheren Ablauf der Praxisorganisation bei und verkürzen somit die Wartezeiten. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns.

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Kind			Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer				Postleitzahl und Wohnort		
Telefon		Handy		Mail		
Beruf			Arbeitgeber			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> privat versichert		Name der gesetzl. Krankenkasse / priv. Krankenversicherung		
<input type="checkbox"/> selbst versichert		<input type="checkbox"/> mitversichert bei		<input type="checkbox"/> Ehepartner		<input type="checkbox"/> Vater / Mutter
			Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum des Versicherten	
Adresse des Versicherten (falls abweichend von oben)						
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		<input type="checkbox"/> zuschussberechtigt		<input type="checkbox"/> nicht krankenversichert
Hausarzt (Name, Kontakt)					z. Zt. in ärztl. Behandlung	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Grund des Besuchs (z.B. Kontrolle, Prophylaxe, Zahnschmerzen, ...)					Zahn-Zusatzversicherung	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Um gesundheitliche Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und um Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS...	
Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankheit (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung, niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

RÜCKSEITE BITTE NICHT VERGESSEN

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS...	
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Herzens (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt, Klappenersatz, ...)? Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, ...)? Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien (bitte Allergiepass vorlegen)? Gegen folgende Stoffe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen an Leber, Niere, Schilddrüse, Magen-Darm-Trakt, Gelenken? Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen im Hals-, Kopf- oder Mundbereich? Wenn ja, wo und seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (ASS, Godamed, Plavix, Marcumar, Heparin, ...)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an anderen, hier nicht aufgeführten Krankheiten? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne? Wenn ja, was genau? <input type="checkbox"/> dunkle Füllungen <input type="checkbox"/> gelbe Zähne <input type="checkbox"/> schiefe Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden? Dann erinnern wir Sie gerne an Ihren nächsten Termin bei uns.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte beachten Sie:

- Gesetzlich versicherte Patienten sind verpflichtet, zu Behandlungsbeginn eine **gültige Versichertenkarte** vorzulegen. Ist dies nicht möglich, muss diese innerhalb von zehn Tagen nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich damit einverstanden, dass eine Privatliquidation erfolgt.
- Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte **mindestens 24 Stunden** vorher darüber. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine laut einem Gerichtsurteil des Amtsgerichts Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.
- Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtauglich sein können. Insbesondere Spritzen im Unterkiefer können zu dauerhaften Schädigungen des Nerven führen.
- Teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** oder Ihrer **Medikation** bitte vor der nächsten Behandlung mit.

Hinweis für privat versicherte Patienten: Eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch Versicherungen, Beihilfestellen etc. ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich erkläre mich hiermit bereit, den nicht erstattungsfähigen Beitrag privat zu bezahlen.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters