

# Anmeldung und Anamnese



Bitte alle leeren Felder ausfüllen

Kasse:	
Patientenname:	
geb.:	Straße: Wohnort:

Beruf:	Zusatzversicherung:	
Arbeitgeber:	Geschäftsnummer:	
Telefonnummer:	Mobilnummer:	
E-Mail		
Hauszahnarzt:	Kieferorthopäde:	Hausarzt:

Hauptversicherter:	geb.:
Adresse	Kasse:

## Vorerkrankungen:

lokale Voroperationen

Allgemeinerkrankung

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung      | <input type="checkbox"/> Stent / Bypass        | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung      | <input type="checkbox"/> Depression           | <input type="checkbox"/> COPD                   |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV            | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B      | <input type="checkbox"/> Hepatitis C / sonstige |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung     | <input type="checkbox"/> Chemotherapie         | <input type="checkbox"/> Bestrahlung          | <input type="checkbox"/> Rheuma                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung   |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke  | <input type="checkbox"/> Dialyse               | <input type="checkbox"/> Organtransplantation | <input type="checkbox"/> Immunsuppression       |
| <input type="checkbox"/> Allergie            |  | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie |   |

Medikamenteneinnahme     gerinnungshemmende Medikamente     Bisphosphonate

Schwangerschaft    wenn ja, welche Woche?

### **Bitte beachten Sie:**

Nach Injektionen jeglicher Art ist es mindestens 3 Stunden lang untersagt, selbst ein Kraftfahrzeug zu lenken.

Durch die Gabe eines Antibiotikums kann die Wirkung von hormonalen Verhütungsmitteln („Pille“) beeinträchtigt werden. Wir empfehlen deshalb generell für den entsprechenden Menstruationszyklus die Anwendung von zusätzlichen Verhütungsmitteln.

### **Hinweis für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und freiwillig Versicherte:**

Nach den Bestimmungen der Krankenkassenverbände muss die Versichertenkarte in jedem Fall bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. Nur in Notfällen kann die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden.

Ich habe diese Regelung zur Kenntnis genommen und erkläre mich bei Nichtbeachtung mit der Erstellung einer Privatrechnung einverstanden.

Aufgrund der Änderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes sind zahlreiche (zahn)ärztliche Leistungen nicht im Gegenstandskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten, oder sind in ihrem Umfang so reduziert, dass die Qualität der daraus resultierenden (zahn)ärztlichen Leistung nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht. Wir klären Sie darüber auf, dass es in bestimmten Fällen gegenüber der Ihnen vom gesetzlichen Krankenkassenversicherer zustehenden Leistungen zuverlässigere oder dauerhaftere Behandlungs- oder Versorgungsmöglichkeiten gibt, die als Verlangensleistung gemäß § 2 Abs. 3 in Rechnung gestellt werden. Für derartige Behandlungsmaßnahmen, die nicht den Versicherungsrichtlinien der gesetzlichen Krankenkassenversicherer entsprechen, werden wir mit Ihnen eine schriftliche Vereinbarung treffen und einen gebührenpflichtigen Kostenvoranschlag erstellen.

### **Hinweis für Selbstzahler, Mitglieder von privaten Versicherungsträgern und Beihilfestellen:**

Die Anzahl der Privatversicherungsträger und Beihilfestellen, die tarif- oder satzungsbedingt keine Behandlungsmaßnahmen und Verfahrenstechniken erstatten, die in der zahnärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ) oder der ärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) eingeführt wurden, nimmt stetig zu. Die Prüfung individueller Einzelverträge und die Beurteilung der abrechnungstechnischen Relevanz der darin enthaltenen Klauseln gehört nicht zu den Obliegenheiten eines Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen. Wir erlauben uns daher, Versicherte von privaten Krankenkassenversicherern und Beihilfestellen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sie als Leistungsempfänger in vollem Umfang für die Begleichung aller entstehenden Behandlungs- und Laborkosten, unabhängig möglicher Rückerstattungen, verantwortlich sind, solange keine anderslautenden, schriftlichen Vereinbarungen getroffen wurden. Schriftliche Stellungnahmen zur Unterstützung bei der Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche gegenüber dem Versicherungsträger können nur in begründeten Ausnahmefällen und gegen entsprechende Gebühr erstellt werden.

Um Terminänderungen oder Terminausfälle zeitgerecht und für Sie bequem zu kommunizieren, arbeiten wir mit dem online Dienstleister für ärztliche Kalendersysteme Doctolib. Über diese Plattform werden Sie per SMS und / oder E-Mail an Ihren Termin erinnert, Sie können uns auch Änderungen Ihres Termins über diesen Weg einfach und schnell rund um die Uhr mitteilen. Die Kontaktaufnahme erfolgt ausschließlich zur Terminkoordination Ihres Termins in unserer Praxis. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie hiermit einverstanden sind. Sie können diese Bestätigung jederzeit widerrufen.

**Ich erkläre durch meine rechtsverbindliche Unterschrift, dass ich das Merkblatt zur Patienteninformation gelesen und verstanden habe.**

---

Nürtingen, den

---

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter: