

# ZAHNTEAMBLANKENESE

Ästhetik Cerec Implantologie Kiefergelenksbehandlung Lasertherapie Parodontologie Prophylaxe

## Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben.

### Patient

Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Geburtsort \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Zahlungs- pflichtiger <sup>1</sup>

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

privatversichert     freiwillig versichert     Ich wünsche Privatbehandlung  
 pflichtversichert     private Zusatzversicherung     Ich wünsche GKV-Behandlung

### Beruf

Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_

### Anschrift

des Arbeitgebers

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. **Das bedeutet aber auch, daß Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen, da Ihnen sonst die für Sie vorgesehene Arbeitszeit mit 180,- Euro pro Stunde in Rechnung gestellt werden muss. (§§304, 615 BGB)**

Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Termin, sollten Sie mit einer gewissen Wartezeit rechnen. Ist dieser Termin ausserhalb unserer Sprechstunde, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

### Wichtig für gesetzlich krankenversicherte Patienten

Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.

Bitte wenden >

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder auch Adressänderungen mit. Herzlichen Dank.**

**Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

Asthma (schwere Atemnot)  ja  Nein

Allergische Reaktionen wie z.B. Heuschnupfen  ja  Nein

Unverträglichkeit von Medikamenten  ja  Nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_

Blutdruck  niedrig  normal  hoch  
ggf. Werte? \_\_\_\_\_

Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen  Nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_

Gelbsucht  Lebererkrankungen  HIV-Infektion  Nein  
ggf. wann? \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  Nein

Rheuma  ja  Nein

Bluterkrankungen  Blutgerinnungsstörungen  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  Nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung  ja  Nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  Nein  
ggf. welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft  ja  Nein  ungewiß  
ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben / andere Krankheiten \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wird Ihr Schlaf oder der Ihres Partners  
von Schnarchgeräuschen beeinträchtigt?  ja  Nein

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen?  ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

<sup>1</sup> Zahlungspflichtiger ist der Rechnungsempfänger, bei volljährig Mitversicherten der o.g. Patient; bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.