

Anmeldung



Susanne
Zimmermann
Zahnarztpraxis
Zimmermann

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ oder _____ (Arbeit)

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Die Praxis wurde mir empfohlen von: _____

Versicherter:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Arbeitgeber: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:
(zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten oder Spritzen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher) | <input type="checkbox"/> HIV positiv |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Kopf-/Nackenschmerzen? |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Tinnitus? |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Rückenschmerzen? |

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

3. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Tumorthherapie oder Osteoporose-Therapie?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

5. Frauen: besteht eine Schwangerschaft?

- ja nein ungewiss

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

- Ich habe die an der Anmeldung ausgelegte Datenschutzinformation der Praxis gelesen.

Dürfen wir Daten an Familienangehörige weitergeben? ja nein

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Std. vorher ab, um die Berechnung einer Ausfallgebühr zu vermeiden.

Datum: _____ Unterschrift: _____