

Anmeldung | Anamnese

Lieber Patient (m/w/d),

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regelzeit nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient (m/w/d) müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherter Patient (m/w/d) haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

Herr/Frau/Kind

Vorname	Nachname	Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnummer	E-Mail	Mobilnummer

Mitglied / Zahlungspflichtiger

(Erziehungsberechtigte/r)

Postleitzahl / Ort	Telefonnummer	

Anschrift

Vorname	Nachname	Geburtsdatum

Straße / Hausnummer	E-Mail	Mobilnummer

Postleitzahl / Ort	Telefonnummer	

Kostenträger

(Krankenkasse / Versicherung)

--

Ich bin pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin **nicht** versichert

Beruf des Patienten

<input type="checkbox"/> Schuler/ Student	Arbeitgeber / Anschrift

Einverständniserklärung der Datenweitergabe (kann jederzeit widerrufen werden)

um Ihre Behandlungsunterlagen, an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief) und zur Durchführung und Verwaltung meiner zahnärztlichen Behandlung, Terminvergabe, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (gesetzlich Versicherte), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister, Erteilung erforderlicher Auskünfte durch die Praxis, bedarf es Ihrer Einwilligung.

- Hiermit willige ich ein, dass Daten / Röntgenbilder über die zahnärztliche Behandlung aus GT Smile (Fuhlsbüttler Straße 108, 22305 Hamburg) an weiterbehandelnde Ärzte, Hausarzt, Krankenhaus, Labor/Dentallabor weitergegeben werden dürfen.
- Hiermit willige ich ein, dass personenbezogene Patientendaten gemäß Art.8,7 Abs. 1lt a DSGVO, gespeichert und weiterverarbeitet werden können.
- Hiermit willige ich ein, dass ich in das Recall-System aufgenommen werde und an meine anstehenden Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde.

--

Ort/ Datum und Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigte/r

Bitte Rückseite beachten!

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Keine dieser Krankheiten | <input type="checkbox"/> |

Bestehende Allergien? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?

Wenn ja, welche?

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Schnarchen Sie? ja nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten ja nein wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

8. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

9. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

10. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

11. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung Internet Zeitung Social media anderes

12. Ihr Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben und stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r