

## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams.



<u>Patient:</u>	<u>Hauptversicherter:</u>
Name, Vorname: _____	Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	
E-Mail: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Telefon: _____	
Mobil: _____	Krankenkasse: _____
Geschäftlich: _____	Pflichtversichert: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Beruf: _____	
Arbeitgeber: _____	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____	

### Gesundheitliche Risiken

Folgende Erkrankungen liegen vor:

Herzerkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Osteoporose	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Gerinnungsstörung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Migräne	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Krebserkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Grüner Star	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Diabetes	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
HIV	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Hepatitis B	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Hepatitis C	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		

Liegen sonstige Erkrankungen vor?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate oder Denosumab ein?  Nein  Ja

### Allgemeine Angaben:

Rauchen  Nein  Ja

Drogenkonsum  Nein  Ja

Schwangerschaft  Nein  Ja

Wenn ja, welche SSW? \_\_\_\_\_

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden:  Nein  Ja

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt (Name und Adresse bzw. Ort)? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?       **Nein**    **Ja**

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andersorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens **24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß **§ 615 BGB** in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird. Im Falle eines unentschuldigten Fehlens sehen wir uns gezwungen, in jedem Fall eine Ausfallpauschale in Höhe von **70,00 €** zu berechnen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und, dass ich die Pflichtinformation gemäß Art. 12ff DSGVO zum Datenschutz gelesen habe und diese ebenfalls akzeptiere.**

\_\_\_\_\_  
Wettstetten, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### **Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte, sofern ich das wünsche - mir elektronisch übermittelt werden. Ich wurde über mein Recht aufgeklärt, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Wettstetten, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift