

ANMELDUNG

**Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen.

Wir führen eine Bestellpraxis, das bedeutet für Sie in aller Regel eine kurze Wartezeit. Das bedeutet aber auch, dass Sie Ihren Termin bitte bis spätestens 1 Tag vorher absagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können.

**Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:**

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte bis spätestens 10 Tage nach dem 1. Termin erhalten Sie eine Privatrechnung, mit der Sie sich durch Ihre umseitige Unterschrift einverstanden erklären.

**Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:**

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte.

Erstattungseinschränkungen durch Ihre Versicherung oder Beihilfe können leider nicht berücksichtigt werden. Material- und Laborkosten werden gemäß GOZ §9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Des Weiteren erklären Sie sich durch Ihre umseitige Unterschrift damit einverstanden, dass wir unsere Forderung im Fall des Nichtbegleichens an einen Inkassodienstleister abtreten.

Alle Ihre Angaben, die zum Teil auch elektronisch gespeichert werden, unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt  
Dr. Frank Ahlvers

PATIENT

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Private Versicherung \_\_\_\_\_

Beihilfe \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

VERSICHERTER

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Bitte die Rückseite ausfüllen!**

**Grund Ihres Besuches bei uns:**

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Aussehen der Zähne
- Zähneknirschen
- Kieferbeschwerden
- störende Füllungen
- störender Zahnersatz
- sonstiges

**Wünschen Sie eine Beratung zu:**

- Prophylaxe und Mundgesundheit
- Zahnaufhellung/Bleaching
- Ersatz von Füllungen
- Keramikinlays und – kronen
- Keramikverblendschalen/Veneers
- Implantate
- Verkleinerung von Lücken
- Kiefergelenkbehandlung
- Zähneknirschen
- empfindliche Zähne
- sonstiges

**IHRE GESUNDHEIT**

Vor der Behandlung benötigen wir auch Ihre Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Ihre Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden.

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_ Ja, wegen \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie einer der folgenden Erkrankungen?

Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_ Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Herzkrankungen \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher \_\_\_\_\_

Herzklappenersatz \_\_\_\_\_ Endokarditis \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen \_\_\_\_\_ Blutverdünnung(Marcumar/ASS) \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_ Schilddrüse \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_ Bisphosphonatbehandlung \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Rheuma \_\_\_\_\_

Lebererkrankung \_\_\_\_\_ Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit?

Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberkulose \_\_\_\_\_ HIV-Infektion \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_ Ja, im \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer das sehr seltene Risiko einer vorübergehenden oder dauerhaften Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet des betäubten Nerven (Zunge, Lippe, Wange) besteht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie darüber aufgeklärt wurden.

Grundsätzlich kann durch Spritzen zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein.

Mit meiner Unterschrift bestätige Ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

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