



## Anmeldung

### Patient

Name Vorname Geb. Datum

Geburtsort

### Anschrift

Straße Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon Fax

E-Mail Adresse

### Versicherter

(Zahlungspflichtiger) Name Vorname

Geburtstag

Straße Nr.

Postleitzahl Ort Telefon

### Name der

### Krankenkasse

Nur bei Privatpatienten:

Ich bin beihilfeberechtigt

Privat mit Basistarif

### Beruf

Arbeitgeber

### Anschrift des

### Arbeitgebers

Straße Ort Telefon

### Hausarzt

Ort Telefon

Besitzen Sie einen Pflegegrad?

Ja

Nein

**Um die für Sie richtige Behandlung durchzuführen, erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich von uns vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mit!**

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!**

1. Asthma
2. Allergische Reaktionen  ggf. welche? \_\_\_\_\_
3. Unverträglichkeit von Medikamenten  ggf. welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Bluthochdruck  ggf. Werte? \_\_\_\_\_
5. Niedriger Blutdruck  ggf. Werte? \_\_\_\_\_
6. Herzinfarkt  ggf. wann? \_\_\_\_\_
7. Schlaganfall  ggf. wann? \_\_\_\_\_
8. Lähmungen / Handicap  ggf. welche? \_\_\_\_\_
9. Lebererkrankungen / Gelbsucht  ggf. wann? \_\_\_\_\_
10. Raucher/in  ggf. wie viel? \_\_\_\_\_
11. HIV-Infektion
12. Diabetes  ggf. welcher Typ?
13. Ich leide unter Zahnfleischbluten  Immer  Gelegentlich
14. Bluterkrankungen
15. Blutgerinnungsstörungen
16. Schwangerschaft  ggf. welche Woche?

17. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

wenn ja, bitte **separaten Medikamentenbogen** an der Rezeption anfordern  
(falls der Platz nicht ausreicht) auch ggf. selbst verordnete

z.B. Vitamintabletten \_\_\_\_\_

homöopathische Mittel \_\_\_\_\_

Teesorten \_\_\_\_\_

18. Sonstige Krankheiten / andere Angaben  ggf. welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. Wann war die letzte Zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

Datum: \_\_\_\_\_

20. Ich bin an Professioneller Zahnreinigung \_\_\_\_\_

hochwertigen Kunststofffüllungen \_\_\_\_\_

ästhetischem Zahnersatz \_\_\_\_\_

interessiert, wenn dieses bei mir von Nutzen sein kann

21. Ich habe Angst vor der Behandlung. \_\_\_\_\_

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

23. Haben Sie ein Bonusheft? Wenn Ja  [bitte vorlegen](#) Nein

24. Besitzen Sie einen Pflegegrad? \_\_\_\_\_ Ja

Bitte kreuzen Sie die Höhe des Pflegegrades an 1.  2.  3.  4.  5.

25. Haben Sie Beschwerden? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin  
Sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Das „Ausfallhonorar“ orientiert sich an der geplanten Behandlung und beträgt pro eingeplante Behandlungszeit maximal

**62,40€ pro angefangene 15 Minuten.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.  
Ich stimme der Einverständniserklärung zu.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift