

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Datum:
Patientennummer:

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. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

PATIENT

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Adresse:
E-Mail privat:
Telefonnummer (privat/mobil/geschäftlich):
Beruf:
Arbeitgeber, Ort:
Krankenkasse:

Zahnzusatzversicherung? ja nein Versicherungsgesellschaft: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Pflegeversichert? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

BESTEHEN GESUNDHEITLICHE RISIKEN?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja nein

Haben Sie einen niedrigen Blutdruck? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? _____

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Sonstiger Grund _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein

Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

Für langfristige Mundgesundheit ist die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung und die professionelle Zahnreinigung sehr wichtig. Deswegen haben wir einen Erinnerungsservice, in dem wir Sie telefonisch oder per Mail daran erinnern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und mein Einverständnis zur Speicherung meiner personenbezogenen Daten. Mir wurde die Datenschutzerklärung ausgehändigt.

Name, Vorname: _____

Idstein, den: _____

Unterschrift
Pat., gesetzl. Vertreter: _____

Vereinbarung gemäß BGB § 615
Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko
Berechnung von Ausfallhonorar
bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins
zwischen MEDICODENT - Dr. Martha Hoh und für die Terminvereinbarung für

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Mir ist bekannt, dass ein vereinbarter Termin extra für mich freigehalten wird. Es ist deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig – das heißt spätestens zwei Werktage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht einen Ersatzpatienten einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung gemäß BGB §615 in Rechnung gestellt werden, wobei der Wert dessen anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Das Ausfallhonorar pro 60 Minuten beträgt je nach geplanter Behandlung zwischen 75 € und 275 €.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Medicodent