

# Patientenaufnahme:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Hauptversicherer: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe:  ja  nein

Tel./ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Anamnese:

Wie heißt Ihr Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Überweisung  Empfehlung  Internet  Jameda

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

Nahmen Sie kürzlich Schmerzmittel?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Blutdruck?  normal  niedrig  hoch

Besteht eine Herz-/ Kreislauferkrankung?  nein  ja

Besteht oder Bestand eine Krebserkrankung  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?  nein  ja, weil \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  nein  ja

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  nein  ja

Blutungsneigungen / Blutgerinnungsstörungen?  nein  ja

Hepatitis / HIV positiv?  nein  ja

Schwangerschaft/ Stillen?  nein  ja

Leiden Sie unter Allergien?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  nein  ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal ein größerer Eingriff an den Zähnen vorgenommen? z.B.  
Wurzelspitzenresektion, Weisheitszahnentfernung  nein  ja

Wenn ja, gab es Probleme?  nein  ja

Hatten Sie schon einmal Probleme mit der Spritze zur örtlichen Betäubung?  nein  ja

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift **X** \_\_\_\_\_

## Behandlungsvertrag:

PRIVATPATIENTEN: Mir ist bekannt, dass meine Versicherung die Kosten nur im Rahmen meines abgeschlossenen Tarifs übernimmt.

BEIHILFEPATIENTEN: Mir ist bekannt, dass meine Beihilfestelle bezüglich der Erstattung und der Anerkennung von Begründungen sehr restriktive Bestimmungen hat.

GESETZLICH VERSICHERT: Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse zu manchen Leistungen, die unsere Praxis auf Wunsch anbietet (z.B. Behandlung in Sedierung, 3D-Aufnahme) keine oder nur geringe Zuschüsse geben darf.

GESETZLICH VERSICHERT MIT ZUSATZ: Ich werde darauf hingewiesen, dass meine Zusatzversicherung möglicherweise nur sehr reduzierte Zuschüsse leistet. Über die Bedingungen habe ich mich informiert.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation ausschließlich nach der amtlichen Gebührenordnung und ergangenen Urteilen, nicht aber nach Einschränkungen durch Versicherungstarife oder Beihilfebestimmungen erstellen darf.

Gewebeproben, die im Zusammenhang mit einer Wurzelspitzenresektion, Zystenoperation, Fremdkörperentfernung, Exzisionen oder ähnlichen Eingriffen entnommen werden, werden routinemäßig zur histologischen Untersuchung eingeschendet. Sollten Sie mit dieser Untersuchung nicht einverstanden sein, so bitten wir Sie bei dem Aufklärungsgespräch, spätestens jedoch zum Operationstermin um Information.

Meine Versicherung, bzw. Beihilfestelle wird oder muss möglicherweise nicht alle Kosten übernehmen. Ich weiß, dass mein Zahnarzt diesbezüglichen Schriftverkehr nur in sehr begrenztem Umfang führen kann.

Ich verpflichte mich, eine gebührenkonforme Rechnung ohne Abzüge zu bezahlen, ungeachtet von Reduktionen durch meine Versicherung/Beihilfestelle. Vertragspartner sind der behandelnde Arzt und Patient.

Ich verzichte darauf, Forderungen auf meine Liquidation abzutreten oder zu verpfänden.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beachten Sie dazu noch die letzte Seite des Anamnesebogens und unterschreiben Sie auch das Blatt zur Datenschutzerklärung. Sie bekommen auf Wunsch im Anschluss eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

---

DATUM:

UNTERSCHRIFT: