

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Jesco Lorenz Vetter

Anmeldebogen mit Anamnese

Name : _____ Krankenkasse: _____
Vorname : _____ Mitglied: _____

bei Privatpatienten: versichert im Basistarif? Ja
Nein

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail : _____

Nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen
(Röntgenverordnung - Rö V), benötigen wir zwingend notwendig folgende Angaben:

Geburtsort: _____ Frühere Namen (z.B. Geburtsname): _____

Beruf: _____

Weshalb begeben Sie sich heute in Behandlung?

Wer hat uns empfohlen oder wie haben Sie uns gefunden?

Was erwarten Sie von Ihrer zukünftigen Zahnarztpraxis?

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

Ja Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives, nicht im Leistungskatalog der Krankenkasse
enthaltende Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Ja Nein

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren
zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen
nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Sie kommen zur Behandlung in eine organisierte Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass die vereinbarte
Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten ist. Bitte beachten Sie, dass wir als ein
Dienstleistungsunternehmen für Ihren Termin Personal und Geräte bereithalten.

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sind wir auf Ihre Absage
angewiesen, um diesen an andere Patienten vergeben zu können. Für solch einen Fall
bitten wir Sie um einen Anruf nicht weniger als 36 Stunden vorher, sodass Ihnen

ein neuer Termin gegeben werden kann. Bei Ihrem kurzfristigeren Versäumnis verstehen
Sie sicher, dass wir Sie um ein Ersatzhonorar in Höhe der zu erbringenden Leistung §§304, 615 BGB,
mindestens aber 50 € bitten können.

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn
dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird der Krankenschein/ die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach
Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Ich bestätige, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben, sowie das
Zeitreglement zu akzeptieren.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden

Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja welche?

Herzerkrankungen:

Leiden Sie an Herzasthma, Angina Pectoris?

Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

Ja Nein

Kreislaufferkrankungen:

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck?

Ja Nein

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck?

Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt?

Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja Nein

Erkrankungen des
Nervensystems:

Leiden Sie an Formen von Epilepsie, Anfällen?

Ja Nein

Bluterkrankungen:

Leiden Sie an Blutarmut?

Ja Nein

Leiden Sie an Blutungsneigung?

Ja Nein

Infektionskrankheiten:

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Hepatitis (A/B/C)?

Ja Nein

Aids / HIV ?

Ja Nein

Tuberkulose?

Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Leiden Sie an Diabetes?

Ja Nein

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?

Ja Nein

Besteht eine Magen-Darm-Erkrankung?

Ja Nein

Augenerkrankungen:

Leiden Sie an grünem Star?

Ja Nein

Atemwegserkrankungen:

Leiden Sie an Asthma?

Ja Nein

Besitzen Sie künstliche Gelenke ? Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja (Wenn ja, legen Sie diesen bitte vor) Nein

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja (Wenn ja, legen Sie diesen bitte vor) Nein

Besteht der Verdacht auf eine Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente o. Stoffe?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Sind Sie drogen- o. alkoholabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- Kiefer- Zahnbereich geröntgt?

Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Datum _____

Unterschrift _____