



Zahnarztpraxis

Dr. Stephanie Eder

Uferstraße 4 - 89522 Heidenheim

Telefon: 07321 / 276827 - Email: praxis@stephanie-eder.de

Internet: www.stephanie-eder.de

Terminwunsch

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Vormittag früh					
Vormittag spät					
Nachmittag früh					
Nachmittag spät					
Abend					

Anmeldebogen für Erwachsene

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

1. Persönliche Daten

Patient (Familienversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Wohnort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

Mobil: _____

Email: _____

Email: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. Arbeit: _____

Tel. Arbeit: _____

Krankenkasse: _____

pflichtversichert: Ja O / Nein O

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja O / Nein O

Wer soll die Rechnung erhalten? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

2. Ärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden die folgenden Befunde/ Beschwerden/ Krankheiten:

Allergien: _____ Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) Ja O / Nein O

Epilepsie Ja O / Nein O Herzfehler mit Endokarditisrisiko Ja O / Nein O

Leukämie Ja O / Nein O Herz-/Kreislaufkrankung? Ja O / Nein O

Diabetes Ja O / Nein O Magen-/Darm-/Nierenerkrankung Ja O / Nein O

Schilddrüsenerkrankung Ja O / Nein O Migräne Ja O / Nein O

Grüner Star Ja O / Nein O Prostataerkrankung Ja O / Nein O

Asthma Ja O / Nein O Schwangerschaft Ja O / Nein O

Wenn ja, in welcher Woche _____

ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose,...) _____ Ja O / Nein O

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? _____ Ja O / Nein O

3. Zahnärztliche Anamnese

Weshalb kommen Sie zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen?

- Haben Sie Zahnschmerzen? Ja / Nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja / Nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja / Nein Sind Ihre Zähne gelockert? Ja / Nein
- Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk/Ihrer Kaufunktion? Ja / Nein
- Wurden die Zähne im letzten Jahr geröntgt? Ja / Nein
- Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? Ja / Nein
- Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? Ja / Nein

4. Recall

Mit unserem Recall-System erinnern wir Sie regelmäßig an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin.

Sind Sie an unserem Recallsystem interessiert? Ja / Nein

Wenn Ja, lieber per Post oder per Email Post / Email

5. Unkostenausgleich bei nicht eingehaltenen Terminen

Wie Sie an unseren kurzen Wartezeiten merken werden, sind wir stets bemüht, Termine gut abzusprechen und genau passend für Sie Zeit zu reservieren.

Dies bedeutet jedoch bei einer kurzfristigen Absage, dass in dieser Zeit kein anderer Patient behandelt werden kann. Da die Krankenkassen nur erbrachte Leistungen bezahlen, stellen wir Ihnen nach § 611ff, insbesondere § 615 S.1 BGB, bei weniger als 24 Stunden vorher abgesagten Terminen einen Betrag von EUR 20 pro halbe Stunde einplante Termindauer privat in Rechnung. Diese Regelung gilt laut BGB auch bei Krankheit, schlechtem Wetter usw.)

Bitte sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig ab, Sie helfen uns damit, die gewohnten kurzen Wartezeiten beizubehalten.

Ich habe die Regelung zum Unkostenausgleich gelesen und bin damit einverstanden Ja

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

, den

Unterschrift