

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen dürfen. Zur Vervollständigung unserer Daten erbitten wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Herzlichen Dank!

Allgemeine Angaben zu Ihrer Anschrift und zu Ihrem Versicherungsstatus:

Name		Vorname	
Straße		PLZ	
Geburtsdatum		Ort	
Telefon		Telefax	
Telefon geschäftlich		Mobilnummer	

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
Name der GKV:

Private Krankenversicherung (PKV)
Name der PKV:

Beihilfe ja nein
Name der Beihilfe:

Zusatzversicherung ja nein
Name der ZV:

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus und informieren uns auch künftig über Änderungen.

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand - Leiden Sie an:

Diabetes <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis A / B / C <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Blutdruck <input type="radio"/> ▲ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ▼
Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV positiv <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Längere Nachblutungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Psychische Erkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Kopfschmerzen / Migräne <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorleiden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Kollapsneigung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheumatische Erkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporosepatienten: Einnahme Bisphosphonate <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige Erkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Allergien? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, welche?	Ihr Hausarzt (Name, Ort)
Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, in welchem Monat?	Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Haben Sie Zahnersatz? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Alter der Prothese:
Sind Sie Raucher(in)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bitte erinnern Sie mich halbjährlich an meine Vorsorgeuntersuchung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	



Bei operativen Eingriffen und Setzen einer Anästhesie im Mundbereich besteht die Gefahr der Schädigung von Nerven, insbesondere des Nervus trigeminus u. des Nervus facialis sowie ihrer Fortsätze, was zu Lähmungserscheinungen oder längerem Taubheitsgefühl führen könnte.



Bitte beachten Sie: Nach einer Behandlung unter Anästhesie könnte Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.

Haben Sie Fragen? Oder Anregungen? Möchten Sie uns etwas mitteilen?

Allgemeine Informationen zur Praxis und zur Terminvergabe:

In einigen Fällen kann es leider vorkommen, dass Ihre PKV/Beihilfe Ihren Rechnungsbetrag nicht vollständig erstattet oder Sie als gesetzlich versicherter Patient eine Zuzahlung leisten müssen.

Als Terminpraxis planen wir für Sie individuell und ausreichend Behandlungszeit ein. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erhalten dann umgehend einen neuen Termin.

Nicht eingehaltene Termine und kurzfristige Absagen müssen wir leider mit 45,00 Euro pro halbe Stunde in Rechnung stellen. Ein nachweislich unverschuldeter Ausfall (z.B. Unfall, Krankheit etc.) ist hiervon ausgenommen. (Der Anspruch ist gemäß § 615 BGB berechtigt).

Sollten Sie sich zu einem Folgetermin in unserer Praxis einfinden und sich mit weiteren Patienten im Wartezimmer aufhalten, wundern und ärgern Sie sich bitte nicht, wenn andere Patienten vor Ihnen aufgerufen werden. Dies ist möglich, da wir mehrere Behandler sind, und jeder seinen eigenen Terminplan hat. Schmerzpatienten, welche nicht eingeplant sind, müssen leider mit Wartezeiten rechnen, bis freie Behandlungskapazität zur Verfügung steht.

Meine persönlichen Daten habe ich wahrheitsgemäß angegeben. Obige Punkte habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Unterschrift Patient(in)

Allgemeine Informationen zum Abrechnungsverfahren:

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner, die mediserv GmbH, übertragen.

Die mediserv GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Ihre nachstehende Unterschrift.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkarte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an ein refinanzierendes Kreditinstitut.

Gleichzeitig entbinde ich meinen Arzt / Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort

Unterschrift Patient(in)
bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

DR. MED. DENT. THOMAS WEBER UND TEAM

ZAHNARZTPRAXIS
DR. THOMAS WEBER

ZAHNARZTPRAXIS
DR. MED. DENT. TH. WEBER
HAUPTSTRASSE 145
76879 HOCHSTADT

FN: 0 63 47 / 97 35-0
FAX: 0 63 47 / 97 35-20
INFO@DR-WEBER-ZAHNARZT.DE
WWW.DR-WEBER-ZAHNARZT.DE

Haben Sie Fragen? Oder Anregungen? Möchten Sie uns etwas mitteilen?

Allgemeine Informationen zur Praxis und zur Terminvergabe:

In einigen Fällen kann es leider vorkommen, dass Ihre PKV/Beihilfe Ihren Rechnungsbetrag nicht vollständig erstattet oder Sie als gesetzlich versicherter Patient eine Zuzahlung leisten müssen.

Als Terminpraxis planen wir für Sie individuell und ausreichend Behandlungszeit ein. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erhalten dann umgehend einen neuen Termin.

Nicht eingehaltene Termine und kurzfristige Absagen müssen wir leider mit 45,00 Euro pro halbe Stunde in Rechnung stellen. Ein nachweislich unverschuldeter Ausfall (z.B. Unfall, Krankheit etc.) ist hiervon ausgenommen.
(Der Anspruch ist gemäß § 615 BGB berechtigt).

Sollten Sie sich zu einem Folgetermin in unserer Praxis einfinden und sich mit weiteren Patienten im Wartezimmer aufhalten, wundern und ärgern Sie sich bitte nicht, wenn andere Patienten vor Ihnen aufgerufen werden. Dies ist möglich, da wir mehrere Behandler sind, und jeder seinen eigenen Terminplan hat. Schmerzpatienten, welche nicht eingeplant sind, müssen leider mit Wartezeiten rechnen, bis freie Behandlungskapazität zur Verfügung steht.

Meine persönlichen Daten habe ich wahrheitsgemäß angegeben. Obige Punkte habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Unterschrift Patient(in)

Allgemeine Informationen zum Abrechnungsverfahren:

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner, die mediserv GmbH, übertragen.

Die mediserv GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Ihre nachstehende Unterschrift.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkarte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH;
- sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an ein refinanzierendes Kreditinstitut.

Gleichzeitig entbinde ich meinen Arzt / Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort

Unterschrift Patient(in)
bzw. gesetzlicher Vertreter

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

DR. MED. DENT. THOMAS WEBER UND TEAM

ZAHNARZTPRAXIS
DR. THOMAS WEBER

ZAHNARZTPRAXIS
DR. MED. DENT. TH. WEBER
HAUPTSTRASSE 145
76879 HOCHSTADT

FON: 0 63 47 / 97 35-0
FAX: 0 63 47 / 97 35-20
INFO@DR-WEBER-ZAHNARZT.DE
WWW.DR-WEBER-ZAHNARZT.DE

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen dürfen. Zur Vervollständigung unserer Daten erbitten wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Herzlichen Dank!

Allgemeine Angaben zu Ihrer Anschrift und zu Ihrem Versicherungsstatus:

Name		Vorname	
Straße		PLZ	
Geburtsdatum		Ort	
Telefon		Telefax	
Telefon geschäftlich		Mobilnummer	

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
Name der GKV:

Private Krankenversicherung (PKV)
Name der PKV:

Beihilfe ja nein
Name der Beihilfe:

Zusatzversicherung ja nein
Name der ZV:

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus und informieren uns auch künftig über Änderungen.

Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand - Leiden Sie an:

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutdruck	<input type="checkbox"/> ▲ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ▼
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV positiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Längere Nachblutungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kollapsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporosepatienten: Einnahme Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?		Wenn ja, welche?		Ihr Hausarzt (Name, Ort)	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?		Sind Sie Raucher(in)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alter der Prothese:	
Bitte erinnern Sie mich halbjährlich an meine Vorsorgeuntersuchung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

i Bei operativen Eingriffen und Setzen einer Anästhesie im Mundbereich besteht die Gefahr der Schädigung von Nerven, insbesondere des Nervus trigeminus u. des Nervus facialis sowie ihrer Fortsätze, was zu Lähmungserscheinungen oder längerem Taubheitsgefühl führen könnte.

i Bitte beachten Sie: Nach einer Behandlung unter Anästhesie könnte Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.