

**Anmeldung**

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Telefon (privat):	
Privatanschrift: Str.:	Plz:	Ort:
Beruf:	Arbeitgeber:	
Geschäftliche Anschrift:		
Telefon (geschäftlich):	Fax (geschäftlich):	
Bei Mitversicherten: Hauptversicherter bzw. Zahlungspflichtiger		
Name:	Vorname:	Geb.-datum:
Anschrift wie oben <input type="checkbox"/> , bzw.:		
Krankenversicherung:		
Beihilfeberechtigt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Überwiesen / empfohlen durch		

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen.

Das Praxisteam bemüht sich, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten und für Ihre Behandlung eine angemessene Zeit einzuplanen. Für unvorhergesehene Verzögerungen einer Behandlung bitten wir Sie um Verständnis. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns dies rechtzeitig (einen Tag vorher) mitzuteilen.

Vor jeder Behandlung wird grundsätzlich eine eingehende Untersuchung – soweit erforderlich unter Einschluß einer Röntgenuntersuchung – durchgeführt. Aus der Eingangsuntersuchung ergibt sich zunächst eine Grundplanung für die Therapie, wobei in manchen Fällen der endgültige Behandlungsplan erst nach einer entsprechenden Vorbehandlung festgelegt werden kann.

Bitte beachten Sie, daß Sie nach einer Behandlung unter Anästhesie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein könnten.

Haben Sie besondere Behandlungswünsche? Wenn Ja, sprechen Sie mich bitte vor der Behandlung darauf an.

Zur Entlastung unserer Verwaltung erhalten Sie unsere Liquidationen über das ABZ-ZR. Wir bitten Sie, die beigelegte Einverständniserklärung zu lesen und anschließend zu unterschreiben.

Bitte beantworten Sie die umseitigen Fragen zu Ihrer Person.

	Ja	Nein
Haben Sie akute Beschwerden im Bereich der Zähne oder des Kausystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine umfassende Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wollen Sie von uns an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um das Komplikationsrisiko der Behandlung möglichst gering zu halten, benötige ich einige Angaben zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte.

	Ja	Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, bitte Name, evtl. Adresse und Telefonnummer des Arztes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (falls Sie mit **Ja** antworten bitte ggf. ergänzende Angaben, z. B. Diagnose, Zeitpunkt, eintragen):

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck (hoch/niedrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Haben Sie sich einem HIV-Test unterzogen? Wenn Ja, wann? Ergebnis: negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn Ja, wann?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? Wenn Ja, wann?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für weibliche Patienten: Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft? Wenn Ja, voraussichtlicher Geburtstermin:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

München, den .....

Unterschrift.....