



Anmeldung

Traubengasse 19 91154 Roth
Tel: 09171/8519219 Fax: 09171/8519220
Email: praxis@fmd-zahnmedizin.de

Patient

Herr/ Frau / Kind

Name Vorname geb. Telefon

Anschrift

Straße PLZ Ort

E-Mail

E-Mail-Adresse

Mitglied /

Zahlungspflichtiger

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße PLZ Ort

Krankenkasse

Name der Krankenkasse Beihilfe: Ja Nein / **Versicherter zum Standardtarif**
(Faktorbegrenzung)

Beruf

Beruf des Mitgliedes Arbeitgeber Telefon

Unsere Praxis wurde empfohlen von: _____

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre Vorsorgeuntersuchung

ja nein
 Telefonisch email

Datenschutzvereinbarung

Um die aus dem gemeinsamen Behandlungsvertrag entstehenden Pflichten erfüllen zu können, sind wir gezwungen ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten zu speichern, mit diesen Daten zu arbeiten und diese ggf. ihren Co-Therapeuten zur Verfügung zu stellen. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sie ausdrücklich eingewilligt haben. Aufgrund des Patientenrechtegesetzes sind wir verpflichtet ihre Daten mindestens 10 Jahre nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Sie sind natürlich berechtigt, die Daten jederzeit einzusehen oder auch deren Löschung zu verlangen. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ich bestätige die Datenschutzvereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben und willige hiermit ein:

Ort/Datum Unterschrift des Patienten





Hinweise:

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Gesundheit und Adresse mit!

Basistarif: Dieser Tarif beinhaltet den reduzierten Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen, liegt im Honorar allerdings sogar noch unter dem Niveau der Sozialhilfe (ca. 2,3-fach). Das BVG hat am 05.05.2008 mitgeteilt, das beim Basistarif keine Behandlungspflicht besteht wie bei gesetzlich versicherten Patienten; der Zahnarzt kann eine nicht dringende Behandlung ablehnen.

Für die Abtretung der Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche auf die Rückzahlung von ggf. strittigen Vergütungen bedarf es der Einwilligung des Zahnarztes. Ein gesetzlicher Forderungsübergang nach § 67 VVG (§86 VVGn.F.) wird durch diese Vereinbarung ebenfalls ausgeschlossen.

Hatten bzw. haben Sie folgende Krankheiten

Asthma (schwere Atemnot) ja nein

Allergische Reaktionen ja nein

Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein

welche? _____

ALLERGIEPASS vorhanden ja nein

Blutdruck niedrig normal hoch

Werte? _____

Herzinfarkt Schlaganfall

wann? _____

Gelbsucht Leberkrankheiten HIV-Infektion

wann? _____

Zuckerkrankheit ja nein

Rheuma ja nein

Bluterkrankungen ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Künstliche Gelenkprothesen (Knie,Hüfte) ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja nein

Letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich:

:

Wann _____ Wo: _____

Sind Sie aufgrund gesundheitlicher Probleme in

allgemeinärztlicher Behandlung ja nein

physiotherapeutischer Behandlung ja nein

Behand. Therapeut: _____

Möchten Sie aufgrund unklarer Beschwerden eine

ganzheitliche Untersuchung (keine Kassenleistung)

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein

welche (ASS, Marcumar) _____

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen ja nein

welche (Bisphosphonate)? _____

Schwangerschaft ja nein ungewiss

Woche? _____

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und erkenne die vorgenannten Hinweise an.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

ACHTUNG! Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte **24 Stunden vorher** absagen! Die ungenützte Zeit könnte Ihnen in Rechnung gestellt werden!