

Anmeldung

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Tel./Fax _____

Handy _____

Krankenkasse*/

Krankenversicherung _____ Mitglieds-Nr.: _____

Sind Sie freiwillig versichert? **) Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

*) Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die KV-Karte nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

**) Freiwillig Versicherten und deren Angehörigen erstattet die Krankenkasse die Behandlungskosten gegen Rechnung. Das kann vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel./Fax dienstl. _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an: akuten od. chronischen Erkrankungen d. Kreislaufs (Herz): _____

Blutgerinnungsstörungen (Markumar, ASS): _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, Aids usw.): _____

Inneren Krankheiten (Diabetes usw.): _____

Nehmen Sie Medikamente ein: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Überempfindlichkeit gegen: Medikamente / Materialien _____

Sonstiges: _____

Letzte Röntgenuntersuchung: _____

Schwangerschaft: Ja welcher Monat? _____ Nein

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: Ja Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen / überwiesen? _____

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans? Ja Nein

Wünschen Sie nur eine Behandlung der zz. vorhandenen Beschwerden? Ja Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Karies- und Parodontoseprophylaxe

Prophylaxe

Prothetik / Zahnersatz

Kronen / Brücken

Implantate

Laserbehandlung

Zahnfarbene Füllungen

Amalgamentfernung u. Quecksilberentgiftung

Gold- / Keramikfüllungen

Kiefergelenksbehandlung

Naturheilkundliche Behandlungsmethoden

Sonstiges: _____

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum _____ **Unterschrift** _____