

Dr. med. dent. A. Krauß & Dr. med. dent. K. Krauß

Anmeldung mit Anamnese

Patient Vorname: Name: geb. am:
 Straße: Tel./Fax privat: Mobil:
 PLZ: Ort: Tel./Fax geschäftl.: E-Mail:
 Beruf*: Arbeitgeber: * Angabe freiwillig

Privat versichert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gesetzlich versichert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherung:		Krankenkasse:	
beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	pflichtversichert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sondertarif mit		freiwillig versichert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leistungseinschränkung (z.B. Basistarif):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Kostenerstattungsverfahren* gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* Privatbehandlung bei gesetzlicher Versicherung

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Vorname: Name: geb. am:
 Straße: Tel./Fax privat: Mobil:
 PLZ: Ort: Tel./Fax geschäftl.: E-Mail:
 Beruf*: Arbeitgeber: * Angabe freiwillig

Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Bluterkrankheit	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Aids, Tbc, Hepatitis u.a.)
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> sonstige Allergien:	

Rauchen Sie? ja nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja, und zwar

Nehmen Sie oder nahmen Sie Medikamente gegen Kochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel

Osteoporose ein (sog. Bisphosphate)? ja nein

Röntgen: Wann - und wenn ja, weshalb - wurden Sie das letzte Mal geröntgt:

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? ja nein

Sind Sie schwanger? ja, im Monat bin nicht sicher nein

Adresse Ihres Hausarztes Name: Tel.: Fax:
 Straße: PLZ: Ort:

Hinweis zur Krankversichertenkarte
 Wenn Sie Ihre Krankenversichertenkarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnen müssen.

Hinweis zur Zahnersatzbehandlung
 Zu Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der voraussichtlichen Material- und Laborkosten anzuzahlen, die noch ausstehenden Kosten werden bei Behandlungsabschluss fällig. Alternativ können davon abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.

Hinweis zur Terminvereinbarung
 Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Wir weisen darauf hin, dass gemäß Rechtsprechung nicht eingehaltene Termine (dadurch verursachte Ausfallzeiten) kostenpflichtig sind, es sei denn, das Nichterscheinen ist nachweislich unverschuldet (Vergütung bei Annahmeverzug, §§ 304, 615 BGB u. § 611, 615 Satz 1 BGB).

Hinweis zum Datenschutz
 Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Ort, Datum Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Intern - Ausgewiesen durch: Versichertenkarte Personalausweis / Reisepass, Nr.