

# ANMELDUNG

## Patientin/Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil/Fax/Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil/Fax/Email \_\_\_\_\_

Krankenkasse\*/Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

## Versicherte(r):

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter:

Name Vater: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name Mutter: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Sind Sie freiwillig versichert ?\*\*      JA       Nein   
Haben Sie eine Zusatzversicherung ?      JA       Nein   
Sind Sie beihilfeberechtigt ?      JA       Nein   
Sind Sie privat im Basistarif versichert?      JA       Nein

\* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

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

Durch wen wurden wir empfohlen?

\_\_\_\_\_

**Gerne bestätigen wir Ihre Termine per SMS. Wir bitten Sie hierfür Ihre Handynummer und Ihren Provider anzugeben:**

Handy-Nr. \_\_\_\_\_ Provider: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift**

# ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,  
für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich wie alle persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Haben Sie Stents?
- Asthma, Atemnot
- Herz-Kreislauf-Erkrankung   
(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz/--schwäche, o.ä.)
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung
- Zuckerkrankheit
- Tuberkulose
- Hoher oder niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Haben Sie eine Allergie/ Heuschnupfen?  Welche? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test gemacht?  Ergebnis? \_\_\_\_\_
- Bestehen andere Erkrankungen ?  Welche ? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
z.B. ASS, Xarelto, Plavix, Pradaxa,  
Eliquis, Lixiana,...  Welche \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger und an neu eintretende Ärzte weitergegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie über folgende Komplikationen bei der **Lokalanästhesie** aufklären müssen:  
1. Infektion 2. Schwellung 3. Nervschädigung. Meine Fragen hierzu wurden beantwortet, das Aufklärungsblatt habe ich gelesen.

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der **EU-Datenschutz-Grundverordnung** (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben; auf Wunsch können Sie diese bei uns in der Praxis oder auf der Homepage einsehen.

---

**Datum, Unterschrift**