

Dr. med. dent. Peter von Hebel
Dr. med. dent. Stefan Voß
Dr. med. dent. Joachim Lenz *

*angest. ZA

Zahnärzte

kontakt@zahnarzt-emsdetten.de

Am Markt 13
48282 Emsdetten

Tel.: 02572 – 4001

Fax: 02572 – 89277

Anamnesebogen

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geschlecht: m w

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnr.: _____ geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Pflegebedürftigkeit? Ja Nein Pflegegrad _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Internet Sonstiges _____

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung /-defekt Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Endocarditis Prophylaxe Ja Nein

HIV/Hepatitis/MRSA/Tuberkulose Ja Nein Welche? _____

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma/Lungenerkrankung Ja Nein Welche? _____

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein Wann? _____

Chemotherapie Ja Nein Wann? _____

Einnahme Bisphosphonate Ja Nein

Strahlenbehandlung Ja Nein Wann? _____

Blutverdünnende Medikamente Ja Nein Welche? _____

Regelmäßige Medikamente Ja Nein Welche? _____

Vertragen Sie Spritzen Ja Nein

Vertragen Sie Schmerzmittel Ja Nein

Vertragen Sie Antibiotika Ja Nein

Andere Allergien (Allergiepass) Ja Nein Welche? _____

Bitte wenden →

Raucher Ja Nein
Letzter stationärer Aufenthalt? Ja Nein Wann? _____
Letzte Röntgenuntersuchung Ja Nein Wann? _____
(von den Zähnen)
Schwangerschaft Ja Nein Welcher Monat? _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Für Privatversicherte:

Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

Die Rechnungserstellung (**Berechnungsfähigkeit**) und Rechnungserstattung (**Erstattungsfähigkeit**) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Rechnung nicht nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

Selbst wenn die Erstattungsstelle den in der Rechnung ausgewiesenen Rechnungsbetrag **nicht oder nicht in vollem Umfang** erstattet, ist mir bekannt, dass ich gegenüber dem Zahnarzt den kompletten Gesamtbetrag zu begleichen habe.

Die angesprochenen Inhalte habe ich verstanden.

Datum _____ Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____