

Anmeldung

Patient

Name/Vorname

Telefon privat

Straße

Telefon geschäftlich *

PLZ/Ort

Mobiltelefon*

Geburtsdatum

Fax *

Email*

Geburtsort *

Arbeitgeber*

Name des/der Versicherten/
Erziehungsberechtigten und Geburtsdatum

gesetzlich versichert

privat versichert

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

Zusatzversicherung

Geburtsdatum des/der Erziehungsberechtigten/
Versicherten

Anschrift falls abweichend

Was ist Ihr Hauptanliegen?*

Unsere Praxis wurde empfohlen von?*

Telefonbuch/ Gelbe Seiten

Anzeige/ Zeitung

Jameda

Vortrag von Herrn Dr. Wirsching

Internet/ Homepage

➔ Bitte lassen Sie uns diesen ausgefüllten Vordruck mindestens 1 Woche vor Ihrem Termin zukommen. Erst dann gilt der Termin als bestätigt. Vielen Dank.

DATUM Termin: _____

Mit * gekennzeichnete Felder sind freiwillige Angaben

Anamnese

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen? _____

Behandelnder Arzt _____

Hausarzt _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente oder sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen / Probleme?

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Herzklappenveränderung? ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

Sonstige Herz- / Kreislaufkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Diabetes (Zuckererkrankung)? ja nein

Wenn ja, dann bitte HbA1C-Wert _____

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Asthma? ja nein

Epilepsie? ja nein

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C) ja nein

Tuberkulose? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welches Ergebnis? _____

Sind Sie drogenabhängig? ja nein

Sind Sie alkoholabhängig oder trockener Alkoholiker? ja nein

Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein

Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk/Schultergelenk/Kniegelenk oder ähnliches? ja nein

Osteoporose?

Sind Sie Raucher? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag: weniger als 10 Stück mehr als 10 Stück

Haben Sie einen Medikamentenplan? Bitte beilegen. ja nein

Sind Ihnen sonstige Erkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Zahnärztliche Anamnese (nur für Erwachsene)

- Haben Sie Karies? ja nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
- Leiden Sie unter zurückgehendem Zahnfleisch? ja nein
- Haben Sie freiliegende Zahnhälse? ja nein
- Sind Zähne auf Druck oder Temperatur empfindlich? ja nein
- Haben Sie Probleme beim Kauen oder Schlucken? ja nein
- Haben Sie Probleme beim Sprechen? ja nein
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig aufeinander passen? ja nein
- Haben Sie Probleme bei weiter Mundöffnung? ja nein
- Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ja nein
- Haben Sie Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke? ja nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein
- Nehmen Sie Schmerzmittel? ja nein
- Leiden Sie unter Verspannungen im Kopf-Hals-Nackenbereich? ja nein
- Leiden Sie unter generellen Problemen der Körperhaltung? ja nein
- Hatten Sie jemals einen gravierenden Unfall? ja nein
- Hatten Sie eine oder mehrere Behandlungen in Vollnarkose? ja nein
- Wurden Ihre Zahnreihen durch zahnärztliche Maßnahmen verändert?
(Kieferorthopädie, Prothetik, durch Einschleifen, etc.) ja nein
- Wurden bei Ihnen die Weisheitszähne entfernt? ja nein

Um eine risikolose Behandlung gewährleisten zu können, denken Sie bitte daran, uns künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes stets mitzuteilen.

Datum / Unterschrift

Name _____

Vorname _____

Geb. _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie sich dieses Schreiben aufmerksam durch.

Für eine optimale Auslastung und um die Wartezeit für Sie so gering wie nur möglich zu halten, arbeiten wir ausschließlich mit Terminvergabe. Wir sind somit auf Ihre Zuverlässigkeit angewiesen, da die Termine exklusiv für Sie reserviert sind. Kurzfristige Terminabsagen können nicht oder nur selten durch andere Patienten abgedeckt werden.

Termine müssen in unserer Praxis 48 Stunden im Voraus abgesagt werden.

Bei zu kurzfristigen Absagen ohne triftigen Grund behalten wir uns vor, den Ausfall gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen. Die Höhe des in Rechnung zu stellenden Betrages richtet sich nach der eingeplanten Termindauer des ausgefallenen Termins (zahnärztliche Behandlung 300 Euro/Stunde, Prophylaxe 75 Euro/Stunde).

Mit diesem Schreiben und Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie darüber informiert worden sind. Außerdem erklären Sie sich bereit, die Kosten für einen eventuellen Terminausfall zu tragen.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Ihre Zahnarztpraxis Dres. Wirsching

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Datenschutzgrundverordnung

Einwilligung Weiterleitung

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Daten - Patientendokumentation, Röntgenbilder, Überweisungen, an ärztliche/zahnärztliche/zahntechnische Personenkreise sowie Praxispartner per E-Mail übermittelt werden dürfen. Ich bin mir bewusst, dass dieser Übertragungsmodus keinen absoluten Schutz der Daten gewährleisten kann.

Einwilligung Mailkontakt

Ich bin damit einverstanden, dass mir persönliche Daten - Patientendokumentation, Termine, Kostenpläne, Röntgenbilder, Überweisungen oder ähnliches per E-Mail zugesandt werden dürfen. Ich bin mir bewusst, dass dieser Übertragungsmodus keinen absoluten Schutz der Daten gewährleisten kann.

Einwilligung Terminerinnerungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail an mich sendet. Dies gilt nur für Termine ab einer Dauer von 30 Minuten. Ich bin mir bewusst, dass die Termineinhaltung oder die rechtzeitige Terminabsage von meiner Seite auch ohne Terminerinnerung erfolgen muss.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich willige ein, dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Christian und Dr. Maximilian Wirsching zweckgebunden, zur Ausführung der Praxis- und Behandlungstätigkeit, meine Daten an erforderliche Praxispartner weiterleiten dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum / Unterschrift

Liebe Patienten,
seit dem 21.04.2016 haben wir uns der zahnärztlichen
Abrechnungsgesellschaft angeschlossen.

VORTEILE für SIE:

- Unterstützung bei Erstattungsfragen mit privaten Versicherungen
- Ratenzahlung für jede Rechnung möglich!
Bitte beachten Sie die Flyer im Wartezimmer.

VORTEILE für UNS:

- Entlastung unseres Verwaltungsteams
- Hilfestellung bei Erstellung der Kostenpläne & Kommunikation mit privaten Versicherungen

Ihre Adressdaten werden an die zahnärztliche
Abrechnungsgesellschaft weitergegeben, aber nicht an Dritte
verkauft!

Hierzu benötigen wir eine schriftliche Einverständniserklärung – wir
bitte um Ihr Verständnis.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Patient

| |
|----------------------|
| Vorname, Nachname* |
| Straße, Haus-Nr.* |
| PLZ, Ort* |
| Geburtsort, Datum* |
| Staatsangehörigkeit* |

*Pflichtfeld

Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

| |
|-------------------|
| Vorname, Nachname |
| Straße, Haus-Nr. |
| PLZ, Ort |
| Geburtsort, Datum |

per Hand oder digital ausfüllbar

Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA** Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Wertstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt
- und dass die **ZA AG** diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührenscheine, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die **ZA AG** einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die **ZA AG** forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der **ZA AG** zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die **ZA AG** Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die oben stehende Patienteninformation der **ZA AG** zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat.
- Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Praxisstempel

Hinweis: Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.

