

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um uns Verwaltung und Behandlung zu erleichtern, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Insbesondere die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Vorerkrankungen sind für uns wichtig, um Sie schonend und risikoarm behandeln zu können. Sollten Sie zu einzelnen Punkten dieser Anmeldeblätter Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<u>Fragen zu Ihrer Person</u>			
<u>Patient:</u>			
_____	_____	_____ / _____	
Name		Vorname	
_____		_____	
Straße, Hausnummer		Wohnort	
_____	_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon beruflich	Mobiltelefon	Email
<u>Versicherter:</u>			
_____	_____	_____	
Name		Vorname	
_____		_____	
Straße, Hausnummer		Wohnort	
_____	_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon beruflich	Mobiltelefon	Email
_____		_____	
Gesetzliche Krankenkasse		Private Krankenversicherung	
		Als Basistarif <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Führen Sie ein Bonusheft?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie beihilfeberechtigt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benachrichtigung zur Vorsorge (per E-Mail)?		<input type="checkbox"/> Ja, ½jährlich	<input type="checkbox"/> Ja, jährlich
(per Telefon)?		<input type="checkbox"/> Ja, ½jährlich	<input type="checkbox"/> Ja, jährlich

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf eine Versorgung im Rahmen des Wirtschaftlichen, Zweckmäßigen und Notwendigen. Nicht alles aus dem Leistungsspektrum unserer Praxis kann zu Kassentarifen erbracht werden.

Wir setzen neben der Behandlung ihres aktuellen Zahnproblems, Schwerpunkte im Bereich der Vorbeugung.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meine Krankenversicherungskarte innerhalb von 10 Tagen vorzulegen. Andernfalls können mir die erbrachten Leistungen in einer Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung gestellt werden.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind:

Ort, Datum

Unterschrift

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?	ja	nein	Falls Sie mit <i>ja</i> antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1. Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Diabetis (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.1 Herzisuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2 Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.4 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.5 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.6 Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.7 Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.8 Verminderter Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.9 Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Infektionskrankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2. Immunmangelsyndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Magen-Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Probleme nach zahnärztlicher Betäubung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Frühere Operationen ? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Name und Anschrift des Arztes/Facharztes			
21. Verfügen Sie über eine Grundimmunisierung für Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) zu übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN VON DATEN

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über meine ärztliche Behandlung in der Gemeinschaftspraxis Dres. Schockenhoff, Stockumer Weg 17, 59519 Möhnensee an

weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhaus

das Labor (Schroeter Dentallabor, Möhnensee; Vetter Dental Arnsberg; Ewert Zahntechnik, Soest; Kanzler Dental, Soest)

Angefordert und weitergegeben werden dürfen.

Des Weiteren erteile ich die Erlaubnis, die Privatliquidation per E-Mail erhalten zu dürfen. (falls nicht gewünscht, bitte streichen)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, in dem Umfang, der zur Herausgabe der Daten erforderlich ist, von der Schweigepflicht.

[Ort], den _____

Datum

Unterschrift