



Anmeldung, Fragen zur Gesundheit

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

EUROPEAN DENTAL ASSOCIATION



Patient	Name	Vorname			geb.
Anschrift	Straße		Nr.	PLZ	Ort
	Tel.		Handy		E-Mail
	Möchten Sie Ihre KV/Rechnungen per E-Mail erhalten?				Ja Nein
Beruf	Beruf		Arbeitgeber		Tel.
Gesetzliche Krankenvers.	Welche?		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Zusatzversicherung	Welche?				
Private Versicherung	Welche?		<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt		<input type="checkbox"/> Basistarif

Betrifft meist Beamte, Polizisten, Richter oder Soldaten

*Ein spezieller Tarif in der privaten Krankenversicherung, der wie die gesetzliche Krankenkasse funktioniert. Die meisten privat Versicherten sind **nicht** im Basistarif.*

Wichtige Hinweise:

1. Die Praxis wird nach dem „Bestellsystem“ geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Behandlungszeiten werden daher in der Höhe der entstandenen Unkosten in Rechnung gestellt.(s. AGB)
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor jeder Behandlung mit.

Haben Sie ein akutes zahnmedizinisches Problem?
(Schmerzen, Zahnfleischbluten, Probleme mit Zahnersatz, ...)

Nehmen Sie Medikamente / Haben Sie einen Medikamentenplan vom Hausarzt?

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente mit Blutverdünnern? Ja Nein

Haben Sie spezielle Erkrankungen?

Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, welchen?

Rauchen Sie? Ja Nein

Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche? (z. B. Gelenkknacken) Ja Nein

Sind einzelne Zähne empfindlich? (z. B. Aufbeiß-, Heiß- / Kalt-Schmerz) Ja Nein

Sind Sie mit der Farbe, Form und Stellung Ihrer natürlichen Zähne zufrieden? Ja Nein

Wie sind Sie zu uns gekommen?

Behandlungswunsch:

Ich möchte möglichst kostengünstig innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn diese manche moderne Behandlungsmethoden ausgrenzen. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.

Ich habe die AGB gelesen und bin damit einverstanden.

Ich bin bereit, für einen über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger zu klären.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum, Unterschrift