

Anmeldebogen

Name Vorname geb. am

Name, der/des Versicherten, falls abweichend geb. am

PLZ / Wohnort Straße, Hausnummer Telefon/Handy

Email Beruf Arbeitgeber

Ich bin: gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse

Sind Sie zurzeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Erkrankung?

Allgemein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie Blutverdünner ein? z.B. ASS Nein Ja

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? Nein Ja _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja
wenn ja, welche SSW? _____

Rauchen Sie? Nein Ja
wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? ____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Gelegentlich

Erkrankungen

Hoher Blutdruck Nein Ja

Niedriger Blutdruck Nein Ja

Herzerkrankung Nein Ja

Herzschrittmacher Nein Ja

Blutgerinnungsstörungen Nein Ja

Asthma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Osteoporose?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Grüner Star / Augenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
HIV	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A,B oder C	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Andere Infektionskrankheit	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie an unserem Befund- Erinnerungsprogramm teilnehmen? Sie würden alle 6 Monate einen Brief von uns erhalten.	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte denken Sie daran, Ihre Termine rechtzeitig vorher (24 Std.) abzusagen, wenn Sie nicht kommen können. Ansonsten können wir ein Ausfallhonorar von 50-100 Euro berechnen.*

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Kötz, den _____ Unterschrift: _____

*** Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins**

zwischen **BAG Dr. Liesa Eisenhardt & Johannes J. Eisenhardt**
Zahnärztin / Zahnarzt
und Patient/in dieser Anmeldung

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach **Bestellsystem** geführt wird. Dies bedeutet, dass die **vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert** ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden vorher** absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß **§ 615 BGB in Rechnung** gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des **Termins trifft Sie kein Verschulden**. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen, Ihr Praxisteam!