

ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. dent. Tanja Trapper • Dr. med. dent. Rüdiger Ablas



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Empfangsteam

Persönliches

Herr Frau

Name, Vorname

Titel

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Arbeit

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Hausarzt

JA, ich möchte halbjährlich an meinen Vorsorgetermin erinnert werden.

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zahnzusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers: *(bei Kindern)*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Blutdruck hoch/niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Schmerzmittel: _____

blutverdünnende Medikamente
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): _____

Antidepressiva: _____

Sonstiges: _____

Rauchen Sie?

Haben Sie Angst beim Zahnarzt?

Hatten Sie eine

Kieferorthopädische Behandlung?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie Schwanger?

wenn ja, welche Woche?: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Internet

Werbung Sonstiges: _____

Überweisender Arzt: _____

Info für Kassenpatienten:

Bei jedem Besuch in der Praxis benötigen wir Ihre Versichertenkarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch die Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis o. Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereichs/Zunge zur Folge. Der Patient bedarf für die Abtretung der Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag einschließlich der Ansprüche auf die Rückzahlung von ggfs. strittigen Vergütungen der Einwilligung des Zahnarztes. Ein gesetzlicher Forderungsübergang nach §194 VVG(§ 86 VVG n. F.) wird durch diese Vereinbarung ebenfalls ausgeschlossen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

FREIE BEHANDLUNGSVEREINBARUNG – ABTRETUNGSVERBOT

Dieses Schreiben soll festhalten, dass der Behandlungsvertrag nur zwischen Ihnen als Patient und der Zahnarztpraxis Dr. Tanja Trapper & Dr. Rüdiger Ablas zustande kommt und nicht zwischen der Praxis und einer uns unbekanntem privaten Versicherung.

Die zahnärztlichen Leistungen werden von der Gemeinschaftspraxis sowie deren ständigen Vertretern im Gesamtaufgabenbereich erbracht. Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Mir ist bekannt, dass meine Versicherung die Kosten nur im Rahmen meines abgeschlossenen Tarifes übernimmt. Eine Erstattung durch den Versicherer kann nicht vorausgesetzt werden.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation ausschließlich nach der amtlichen Gebührenordnung und ergangenen Urteil, nicht aber nach Einschränkungen durch Versicherungstarife oder Beihilfebestimmungen erstellen darf.

Mir ist bekannt, dass mein Zahnarzt seine Liquidation nach Zeit- und Arbeitsaufwand erstellt. Mir wurde erklärt, dass mein Kostenerstatter, je nach Versicherungstarif, möglicherweise nicht alle Kosten übernehmen wird bzw. muss. Ich weiß, dass mein Zahnarzt diesbezüglich Schriftverkehr nur in sehr begrenztem Umfang führen kann.

Ich verpflichte mich, eine gebührenkonforme Rechnung ohne Abzüge zu bezahlen, ungeachtet von Reduktionen durch meine Versicherung bzw. Beihilfestelle.

Ich verzichte darauf, Forderung auf meine Liquidation abzutreten oder zu verpfänden. Eine Abtretung von Rückerstattungsforderungen an dritte wird hiermit ausgeschlossen.

Ich wurde ausreichend über diese Vereinbarung aufgeklärt, so dass mir bewusst ist, dass diese Vereinbarung für jeden anfallenden Behandlungsfall volle Gültigkeit hat bis auf schriftlichen Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift