

Anmeldebogen Seite 1

Patient/in

Name, Vorname	geb. am
Straße, Hausnr.	Telefon privat*
PLZ, Ort	Mobil*
Kinderarzt*	Telefon Arbeitsplatz*

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r	geb. am
--	---------

Ich willige in eine Kontaktaufnahme und/oder Terminbestätigung und Recall ein.
 Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden ja (SMS, E-Mail) nein

Mitglied/Zahlungspflichtige/r

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)		
Name, Vorname des versicherten Mitglieds	geb. am	
Beruf und Arbeitgeber		
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> privat zusatzversichert	<input type="checkbox"/> standardtarif-/basistarif-versichert
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Bestehen Allergien / Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Gerinnungsstörungen?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Herzerkrankung? Liegt ein Herzpass vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma (schwere Atemnot)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden/Spastik (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV positiv/Hepatitis B/Hepatitis C/TBC?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geistige Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergische Reaktionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. welche Reaktionen?		Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen?	ggf. welche Medikamente?
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Zahnarztangst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit einen Unfall im Mund-/Kieferbereich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kann sich Ihr Kind ca. 30 min. auf die gleiche Sache Konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	Wer hat Sie überwiesen?
---	-------------------------

Was ist Ihnen für die Behandlung
Ihres Kindes besonders wichtig?

Wir nehmen uns Zeit für Sie! **Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können rechtzeitig ab! Für vereinbarte Termine, die nicht 24h vorher abgesagt werden, behalten wir uns nach BGB § 611/615 vor, diese in Rechnung zu stellen.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Datum	Eigenhändige Unterschrift
-------	---------------------------

* freiwillige Angaben

Name, Vorname	geb. am
---------------	---------

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, für die die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Christina und Dirk Meller in Vorleistung treten muss, eine Bonitätsanfrage beim Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentrum DZR eingeholt wird.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten bin ich einverstanden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Informationsbroschüre „Patienteninformationen zum Datenschutz“ konnte ich einsehen.

Hiermit stimme ich dem **Austausch von Behandlungsunterlagen**, wie Befunde, Röntgenbilder, Arztberichte, Fotos und Kiefermodelle mit behandelnden und vorbehandelnden Ärzten/Zahnärzten (z.B. dem Hausarzt, Zahnärzten, Kieferorthopäden, MKG- und Oralchirurgen, Kliniken, Logopäden und Physiotherapeuten), die für eine erfolgreiche, interdisziplinäre Behandlung fallbezogen notwendig sind, zu und bin mit der Schweigepflichtentbindung einverstanden.

- ja
 nein

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Folgende Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer (z.B. von Asylbewerbern, Demenzerkrankten, Behinderten, Sorgeberechtigter bei getrennt lebenden/geschiedenen Eltern) **entbinde ich von der Schweigepflicht**. Dies gilt auch für die Abholung von Rezepten, Therapieplänen und Behandlungsunterlagen.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr.	Telefon privat*
PLZ, Ort	Mobil*

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Privatpatienten

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und der Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Christina und Dirk Meller wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Christina und Dirk Meller kann mit ausdrücklicher Zustimmung des/der Patientin/en Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von anderen Zahnärzten oder Zahnärztlichem Hilfspersonal durchführen lassen.

Für das Honorar gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der Zahnärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinischen notwendigen Heilbehandlung.

Über Art und Umfang der Leistung wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sowie sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z.B. Zahntechnischen Laboren erbracht werden. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei. Krankenversicherungen und Beihilfe können eine Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuellen Vertragsinhalte haben.

Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die zahnärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit dem Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentrum DZR in Verbindung zu setzen.

Datum	Eigenhändige Unterschrift
-------	---------------------------

Wenn gewünscht erhalte ich eine Kopie dieses Schreibens.

* freiwillige Angaben