



Zahnarzt Martin Sztraka 0421-66 66 17

Anmelde- und Gesundheitsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, anzukreuzen und **einmal** zu unterschreiben.

Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. In Ihrem Interesse bitte ich Sie, auch in Zukunft gesundheitliche Veränderungen oder die Einnahme von neuen Medikamenten spontan zu melden. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient: Name, Vorname : _____ geb.: _____

bei Familienangehörigen versichert durch : _____ geb.: _____

PLZ / Ort : _____ Strasse : _____ ☎ privat _____

Arbeitgeber : _____ Beruf : _____ ☎ dienstl. _____

Hausarzt : _____ Anschrift : _____

Sind Sie nach dem Basistarif versichert (Nur für Privatpatienten) ? ja nein

Erkrankungen :	ja	nein	Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen?
Herz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislauf _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie zu hohen Blutdruck__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ?
Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen Darm Trakt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zum letzten mal im Kieferbereich geröntgt ?
Zuckerkrankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epileptische Anfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (Penicillin usw.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Für Patientinnen :
Blutungsneigung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft ?
Seelische Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> fraglich <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

wichtige Hinweise

Bestellpraxis :

Unsere Praxis ist nach einem Bestellsystem organisiert. Das bedeutet, dass im Regelfall die Wartezeiten verringert werden, da das Praxisteam in der für Sie reservierten Zeit vollauf und in Ruhe zur Verfügung steht. Das bedeutet aber auch, dass wir Sie bitten ihren Termin spätestens einen Tag vorher abzusagen, falls Sie ihn nicht einhalten können. Sollte das nicht der Fall sein, werden wir Ihnen **ein Ausfallhonorar in Höhe von 50€ in Rechnung**.

Krankenversichertenkarte :

Die Krankenversichertenkarte ist ein Behandlungsausweis und muss vor der Behandlung vorliegen. Liegt Ihre gültige Krankenversichertenkarte bei Behandlungsbeginn nicht vor, verpflichten Sie sich diese **innerhalb von 10 Tagen** nach zu reichen. Sollte 10 Tage nach Behandlungsbeginn Ihre Krankenversichertenkarte nicht vorliegen, werden wir Ihnen für Ihre Behandlung eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ausstellen.

Datenschutz :

Ihre Daten werden in einer praxiseigenen EDV-Anlage gespeichert. Ihre Behandlungsdaten werden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen zu Prüfungszwecken zur Verfügung gestellt.

Wir lassen unsere Rechnungen von der Hanseatisch Zahnärztlichen Abrechnungs- und Service- Gesellschaft mbH (HZA) bearbeiten und sind verpflichtet vor Behandlungsbeginn Ihre Einwilligung einzuholen. Bitte beachten Sie hierzu die Einverständniserklärung der HZA.

Möchten Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert werden ?

Ja

Nein

Wenn Sie uns Ihre E-mail Adresse geben, informieren wir Sie von Zeit zu Zeit über Themen der Zahnheilkunde. Meine E-mail Anschrift lautet : _____

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Bremen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen gesetzliche
Vertreter)

Bremen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen gesetzliche
Vertreter)

Bremen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen gesetzliche
Vertreter)