



Behandelnde/r Arzt/Ärztin:  Dr. W. Müller M.Sc.  Dr. M. Müller-Herancourt  
 Dr. B. Brocker  ZÄ S. Schweigert

Name (Patient/in)	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ	Ort
Name (Versicherte/r)	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ	Ort

Krankenkasse  pflichtversichert   
 freiwillig versichert

Besitzen Sie eine private Zusatzversicherung?  ja  nein wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Folgende Angaben sind freiwillig und erleichtern es uns, Sie ggf. kurzfristig zu erreichen:

Telefon privat	Telefon beruflich
Fax	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden vertraulich behandelt.

### Herz-/ Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

- |                                       | JA                       | NEIN                         |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1   |
| Blutgerinnungsstörungen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3   |
| Schlaganfall                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2,3 |
| Implantationen (z.B. Hüftgelenk)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |
| Transplantationen (z.B. Herz, Nieren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |
| Herzinfarkt                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2,3 |
| Herzklappenfehler                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |
| Herzklappenersatz                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |
| Herzschrittmacher                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |
| Herzoperationen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2   |

### Allergien und Unverträglichkeiten

- |                            | JA                       | NEIN                       |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhesie (Spritzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| Antibiotika                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| Schmerzmittel              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| Pollen etc.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| Metalle                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
| sonstige Allergien         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 |
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Infektiöse Erkrankungen

- |                      | JA                       | NEIN                       |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| HIV+                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Hepatitis/Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Tuberkulose          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
| sonstige Infektionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4 |
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

- |                            | JA                       | NEIN                       |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Asthma/ Lungenerkrankung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Psychische Erkrankung      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Epilepsie                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Diabetes/ Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nierenerkrankung           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ohnmachtsanfälle           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Osteoporose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Drogenabhängigkeit         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Tumorerkrankung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
| Sonstige Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 6 |
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie schwanger?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Monat:   | _____                    |                          |
| Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? (z.B. zur Blutverdünnung ASS?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche Medikamente und seit wann:                                     | _____                    |                          |

### Zahnästhetik

- |   | JA  | NEIN                     |
|---|---|--------------------------|
| Gefällt Ihnen Ihr Lachen bzw. Ihre Zähne?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig? | <input type="checkbox"/> sehr wichtig<br><input type="checkbox"/> wichtig<br><input type="checkbox"/> nicht so wichtig<br><input type="checkbox"/> überhaupt nicht wichtig. |                          |

BITTE WENDEN



# Praxisanmeldung

## Hinweise & Erklärung

### Hinweise zu unserem Termin- und Bestellsystem

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem mit telefonischer Voranmeldung geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Unwägbarkeiten (Unfall- und Schmerzpatienten etc.) zu Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir, Sie in solchen Situationen rechtzeitig zu informieren.

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie frühzeitig (spätestens 24 Stunden vorher) abzusagen.

### Hinweis zur Teilnahme am Straßenverkehr

Spritzen zur lokalen Schmerzausschaltung sowie Schmerz- und Beruhigungstabletten können die Reaktionsfähigkeit und damit die Sicherheit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Wenn Sie während einer Behandlung bei uns ein Medikament zur lokalen Betäubung erhalten haben, sollten Sie in Ihrem und im Interesse Ihrer Mitmenschen auf eine Teilnahme am Straßenverkehr für mindestens 3 Stunden verzichten.

### Erklärung

Ich habe beide Seiten dieses Anmeldebogens **gelesen und verstanden** und alle Angaben nach bestem Wissen gemacht. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich verpflichte mich, **Änderungen**, die meine Angaben in diesem Anmeldebogen betreffen und die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt mitzuteilen.

Bitte erinnern Sie mich 2x im Jahr an eine Kontrolluntersuchung.

Datum

Unterschrift

### Abrechnung und Datenweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Kontaktdaten, Befunde, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung an 4DENTA Abrechnungsservice® GmbH & Co. KG, Karlsruhe, weitergeleitet werden.

4DENTA wird die Abrechnung nicht in eigenem Namen einziehen. Die Praxis bleibt Gläubiger und Ansprechpartner bei Fragen zur Abrechnung.

Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen. Sie kann aber jederzeit widerrufen werden.

Ich entbinde die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Tätigkeit des Abrechnungsservices 4DENTA erforderlich ist.

Datum

Unterschrift