

NEU-AUFNAHME

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um Ausfüllung dieser Anmeldung gebeten.

Name: _____ geb. am: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Angestellt bei: _____

Krankenkasse: _____

Es wird bei gesetzlich Versicherten um Vorlage Ihrer Versichertenkarte gebeten. Andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden.

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten.
Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau:

	ja	nein
Haben Sie anhaltende Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie öfter an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz? <input type="checkbox"/> herausnehmbar? <input type="checkbox"/> festsitzend? seit wann? _____		
Sind Sie Allergiker? (z. B. Heuschnupfen oder Medikamente)		

Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

	ja	nein
Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV (AIDS) infiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger, wenn ja, welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenbestrahlungen? wann? _____ was? _____		
Frühere Röntgen- und Nuklearmedizinische Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenpass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfohlen durch _____		
Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____		
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____ _____		
Nehmen Sie Drogen? Welche? _____		

Achtung! Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Unterschrift: _____ Datum: _____

Mit der **Abrechnung über mediserv, Abrechnung und Service für Heilberufe GmbH, 66094 Saarbrücken** und der damit verbundenen Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) und die Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen sowie die sicherungsweise Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an ein refinanzierendes Kreditinstitut, erkläre ich mich einverstanden.
Gleichzeitig entbinde ich meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.
Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Unterschrift: _____ Datum: _____