

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

Hausarzt

JA, ich möchte halbjährlich an meinen Vorsorgetermin erinnert werden (Angabe einer Handynummer oder E-Mail-Adresse zwingend erforderlich).

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

keine Veränderung zur letzten Abfrage

	ja	nein
Blutdruck <i>hoch/ niedrig</i>	<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"/>
Herzerkrankungen	<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? ja nein

Wenn ja, welche?

Herzmedikamente:

Schmerzmittel:

Blutverdünnende Medikamente:

Antidepressiva:

Sonstiges:

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie Angst beim Zahnarzt? ja nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische
Behandlung? ja nein

Für unsere Patientinnen:

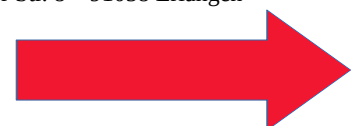
Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welche Woche: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner
Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift



Weitere Informationen:

Werden fest vereinbarte Termine nicht abgesagt, dann behalten wir uns vor nach §615 BGB einen Ersatzanspruch in Höhe von 50€ geltend zu machen.

Für Kassenpatienten:

Bei jedem Besuch in unserer 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).

Für Privatpatienten:

Für private Rechnungen erfolgt die Abrechnung nach der GOZ. Die Sätze sind inflationsbedingt auf das bis zu 6,5-fache angepasst.

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 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 ggfs. strittigen Vergütung der Einwilligung des Zahnarztes. Ein gesetzlicher Forderungsübergang nach § 194 VVG (§86 VVG n.F.) wird durch diese Vereinbarung ebenfalls ausgeschlossen.

Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme unserer weiteren Informationen und Hinweise:

Ort, Datum

Unterschrift

Freie Behandlungsvereinbarung – Abtretungsverbot

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

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

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.

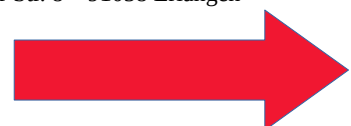
Ich verpflichte mich, eine Gebühren konforme Rechnung ohne Abzüge zu bezahlen, ungeachtet von Reduktionen durch meine Versicherung bzw. Beihilfestelle.

Ich verzichte darauf, Forderungen 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



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Tanja Trapper & Kollegen

Einverständniserklärung zur allgemeinen ärztlichen Schweigepflichtentbindung und zur Erhebung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB.

Ich, _____ (Patientenname) geboren am _____,
erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen des Datenschutzes sowie von den
Werberichtlinien der oben aufgeführten Praxis die Erlaubnis hat, ggf. Informationen
an weiterbehandelnde Ärzte, Reha-Einrichtungen, Pflege - und Seniorenheime,
Apotheken, Physiotherapeuten, Verrechnungsstellen sowie Dentallabore
weiterzugeben.

Auch erkläre ich mich einverstanden, dass die oben genannte Praxis meine
betreffenden Behandlungsdaten und Befunde ggf. bei anderen Ärzten und
Zahnärzten sowie Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und
weiteren Behandlungen anfordern kann.

Zudem gebe ich die Erlaubnis, dass die oben genannte Praxis meine betreffenden
Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Zahnärzte und Ärzte
sowie Leistungserbringer übermitteln darf. Sollte ich den Zahnarzt wechseln, bin ich
damit einverstanden, dass die oben genannte Praxis meinem neuen Zahnarzt die
über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln kann. Meinem neuen Zahnarzt
gestatte ich, die über mich gespeicherten Unterlagen bei der oben genannten
Praxis anzufordern.

Ich erteile der Zahnarztpraxis die Erlaubnis, mir ggf. per Brief, E-Mail, Telefon,
Mobiltelefon, SMS oder per Fax Informationen und Dokumente zukommen zu
lassen.

Den allgemeinen Aushang der Zahnarztpraxis Dr. Tanja Trapper & Kollegen über
den Hinweis zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich gelesen und bin
damit einverstanden.

Ort Datum

Unterschrift

Hinweis:

**Für andere als die oben genannte Zwecke darf mein Zahnarzt meine
Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.**



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Tanja Trapper & Kollegen

N.E.W Neumühle 2
91056 Erlangen
Äußere Tennenloher Str. 8
91058 Erlangen
Tel. 09131 - 65595
Fax. 09131 - 6859922
www.schoene-zahne-erlangen.de

Einverständniserklärung

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Um langfristig die Zähne Ihres Kinder erhalten zu können, benötigen Ihre Zustimmung zur Behandlung Ihres Kindes.

Die Behandlung kann die Erstellung von Röntgenbildern beinhalten, sowie evtl. auch eine Anästhesie (für eine schmerzfreie Behandlung), Füllungen, Extraktionen oder Wurzelbehandlungen. Wie genau die Behandlung aussieht und was sie beinhaltet, entscheidet sich jedoch meist erst während der Behandlung.

Deshalb benötigen wir aus rechtlichen Gründen eine Unterschrift **aller Erziehungsberechtigter**, dass Sie mit der Behandlung einverstanden sind, wenn Ihr Kind ohne Begleitung kommt.

Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung beim nächsten Termin Ihrem Kind unterschrieben mit oder mailen Sie dieses Formular vorab an: rezeption@drtanjatrappert.de

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Gemeinschaftspraxis Dr. Tanja Trapper & Kollegen

Ort, Datum

Erziehungsberechtigter I

Erziehungsberechtigter II