

**Jesko Gärtner . Zahnarzt**

Wittener Straße 242  
44803 Bochum



## ANMELDUNG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

**Patient** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

**Mitglied** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**Telefon** privat \_\_\_\_\_ mobil / dienstlich \_\_\_\_\_

**Name der Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Für Privatpatienten:**

beihilfeberechtigt  freiwillig versichert

Standardtarif  Basistarif

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Empfohlen durch**  Internet  Bekannte / Verwandte  Zeitungsanzeige  ZIB  Gelbe Seiten

Buswerbung  Leuchtreklame  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Für Kassenpatienten:

Bitte bringen Sie die Versicherungskarte zu jeder Behandlung mit. Reichen Sie uns die Karte innerhalb von 14 Tagen nicht nach, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

### Für Privatpatienten:

Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ wird die Gebühr für die erfolgte Behandlung je nach Schwierigkeitsgrad, Zeitaufwand, besonderen Umständen und der Schwierigkeit des Krankheitsfalles zwischen dem 1-fachen und 3,5-fachen Gebührensatz bemessen. Sämtliche Ansprüche, die aus diesem Arzt-Patienten-Vertrag resultieren, werden von dem Patienten / Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass der Rechnungsbetrag aufgrund des zwischen Herrn Jesko Gärtner und Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrages, unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse, stets sofort fällig wird. Die Patienteninformation zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) habe ich zur Kenntnis genommen!

Als Bestellpraxis sind wir immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie ggf. die vereinbarten Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine (auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung) in Höhe der uns entstandenen Kosten durch Ausfallzeiten in Rechnung zu stellen.

**Bitte wenden! Weitere Angaben auf der Rückseite.**

- 1) Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_
  
- 2) Was stört Sie an Ihren Zähnen?  
Was sollte verbessert werden? \_\_\_\_\_
  
- 3) Bitte nennen Sie uns Ihre Erkrankungen  
(bitte ggf. Hausarzt namentlich angeben) \_\_\_\_\_
  
- 4) Nehmen Sie dauerhaft Medikamente  
ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  
- 5) Besteht eine Allergie oder Empfindlichkeit  
auf bestimmte Stoffe oder Medikamente? \_\_\_\_\_
  
- 6) Haben oder hatten Sie Hepatitis? \_\_\_\_\_
  
- 7) Haben Sie sich einem HIV-Test („AIDS-  
TEST“) unterzogen? Wenn ja, wann und  
mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_
  
- 8) Für weibliche Patienten. Besteht eine  
Schwangerschaft? (Ggf. welcher Monat) \_\_\_\_\_
  
- 9) Wurden Sie in den letzten 12 Monaten  
im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, von  
wem? \_\_\_\_\_
  
- 10) Sonstige Mitteilungen: \_\_\_\_\_

Vor Behandlungsbeginn benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Teilen Sie uns Änderungen bitte stets mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit ihrer Angaben sowie Kenntnisnahme unserer Mitteilungen.

Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift