



ANMELDUNG

PATIENT

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

VERSICHERTE/R

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße/Hausnr. _____ PLZ/Ort _____
Telefon privat _____ mobil /oder dienstlich _____
E-Mail-Adresse _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Krankenkasse / -versicherung _____

Für Privatpatienten: beihilfeberechtigt freiwillig versichert Standardtarif Basistarif

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet Bekannte / Verwandte Zeitungsanzeige Leuchtreklame Gelbe Seiten
 Sonstiges _____

MÖCHTEN SIE DURCH UNS AN IHRE TERMINE ERINNERT WERDEN?

ja nein Wenn ja, per Post SMS oder Email?

FÜR KASSENPATIENTEN

Bitte bringen Sie die Gesundheitskarte 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.

Vor Behandlungsbeginn benötigen wir 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 die Kenntnisnahme unserer Mitteilungen. Alle persönlichen Daten werden von uns entsprechend des Datenschutzes (DSGVO) verarbeitet.



1 Was ist der 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? Wenn ja, in welchem Monat?

9 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt? Wenn ja, von wem?

10 Sonstige Mitteilungen:

Mir, dem Patienten, ist bekannt, dass die Praxis mit festen Terminvorläufen arbeitet. Der vorgenannte Behandlungstermin wird exklusiv für mich reserviert. Verzögerungen aufgrund von Notfällen bleiben vorbehalten. Zur Sicherstellung der Praxisorganisation ist es zwingend notwendig, dass ich im Falle einer Verhinderung unverzüglich, spätestens jedoch 24 Stunden vor dem Termin meine Teilnahme absage, damit die Praxis die Möglichkeit hat, einen anderen Patienten einzubestellen. Für den Fall einer nicht rechtzeitigen Absage des Termins durch mich ist die Praxis berechtigt, das Honorar für die geplante Behandlung in Rechnung zu stellen – unter Abzug der ersparten Aufwendung oder der Vergütung für die Behandlung anderer Patienten in diesem Zeitraum. (Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB).

Datum _____ Unterschrift _____