



GEMEINSCHAFTSPRAXIS BERGMEIER & BERGMEIER

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, sollten Sie mit einer längeren Wartezeit rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Versichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Anmeldung — Anamnese

Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Hausnummer		E-Mail

Postleitzahl, Ort	Telefon	Mobil

Beruf

		Arbeitgeber

Anschrift des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Telefon

Mitglied/

Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße, Hausnummer		E-Mail

Anschrift

Postleitzahl, Ort	Telefon	Mobil

Beruf

		Arbeitgeber

Anschrift des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Telefon

Kostenträger

(Krankenkasse/Versicherung)

----------------------	--	--

☐ pflichtversichert

☐ Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes



Bestehen gesundheitliche Risiken? Wenn ja, welche?	
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche?	
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	☐	Haben Sie Hepatitis A / B / C?	☐
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	☐	Haben Sie einen Allergiepass?	☐
Haben Sie ein Tumor-/Krebsleiden?	☐	Sind Sie HIV-positiv?	☐
Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐	Haben Sie Osteoporose?	☐
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐	Haben Sie Rheuma?	☐
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	☐	Haben Sie Diabetes?	☐
Liegt bei Ihnen eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung vor?	☐	Leiden Sie unter Migräne?	☐
Liegt bei Ihnen eine Lebererkrankung vor?	☐	Haben Sie grünen Star?	☐
Liegt bei Ihnen eine Prostataerkrankung vor?	☐	Haben Sie Asthma?	☐
		Rauchen Sie?	☐

Ihr Hausarzt		
Name	Anschrift	Telefon

Haben Sie Zahnschmerzen?	☐	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	☐
Blutet Ihr Zahnfleisch?	☐	Sind Ihre Zähne gelockert?	☐
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	☐	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	☐
		Wenn ja, wann?	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ingolstadt, den _____

Unterschrift

Ich habe Interesse an einem Prophylaxeprogramm.

Mir wurde das Recallsystem erklärt und ich bin damit einverstanden.