



Willkommen im

Zentrum Zahnheilkunde



Montanusstr. 13

42799 Leichlingen

02175 / 890747

www.finck.biz

Anmeldung zur zahnärztlichen Behandlung

Bevor wir Sie behandeln, bitten wir Sie höflich um einige Angaben zu Ihrer Person:

Name _____
 Wohnort/PLZ _____
 Straße/Nr. _____
 Beruf _____
 Versicherung _____

Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon/Handy _____
 Arbeitgeber _____
 E-Mail _____

Besteht eine Zusatzversicherung? ja nein wenn ja, Name: _____
 Sind Sie Hauptversicherter? Falls nicht, Name des Mitglieds _____
 Bei Privatrechnung, Rechnung an: _____
 Hausarzt _____ Wer ist/war ihr Zahnarzt? _____
 Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

- Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher? ja nein
- Hatten oder haben sie eine der folgenden Krankheiten? ja nein
 - Asthma oder Heuschnupfen? Asthma Heuschnupfen
 - Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten von Medikamenten, wenn ja, auf welche Stoffe oder Medikamente? ja nein

 - Schlaganfall , Lähmung , Herzinfarkt
 - Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C, D / HIV) ja nein
- Leiden Sie unter Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörung? ja nein (Heparin , Falithrom , Marcumar regelmäßige ASS-Einnahme ?)
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche _____
- Rauchen Sie? ja nein
- Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss wenn ja, welcher Monat: _____
- Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Gesunderhaltung meiner Zähne teilzunehmen (Recall)? ja nein
- Was möchten Sie uns zu Ihrem Gesundheitszustand mitteilen? _____

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden. Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Mit der Rechnungsbearbeitung durch eine private Abrechnungsgesellschaft bin ich einverstanden. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.



Leichlingen, den _____

Unterschrift _____