Anmeldung | Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem 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. 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 von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in können Sie alternativ zur kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte auch mit Ihrer Krankenkasse abstimmen, Behandlungen auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung) durchzuführen. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Patient/-in
Herr / Frau / Kind

Name | Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail* | Geburtsort

Postleitzahl / Ort | Telefon oder Mobil

Beruf Patient/-in | Arbeitgeber

☐ Schüler / Student

Anschrift Arbeitgeber*

Straße / Hausnr. | Postleitzahl / Ort | Telefon

Ggf. ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in
(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name | Vorname | geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. | E-Mail*

Postleitzahl / Ort | Telefon oder Mobil

Beruf ges. Vertreter/-in oder abweichende/-r RG-Empfänger/-in* | Arbeitgeber

☐ Schüler / Student

Anschrift Arbeitgeber*

Straße / Hausnr. | Postleitzahl / Ort | Telefon

Name Kostenträger
(Krankenkasse oder Versicherung)

☐ Ich bin pflichtversichert
☐ Ich bin freiwillig versichert
☐ Ich bin beihilfeberechtigt
☐ Ich bin privat zusatzversichert
☐ Ich bin privat versichert
☐ Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)
☐ Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
☐ Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt
☐ Ich bin nicht versichert
☐ Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

* freiwillige Angaben

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	☐	☐	Bluterkrankungen	☐	☐	Hepatitis A / B / C	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	Epilepsie	☐	☐
Rheuma	☐	☐	Herzfehler	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Endokarditis	☐	☐	Nierenfunktionsstörungen	☐	☐
TBC	☐	☐	Krankenhauskeim MRSA	☐	☐	Creutzfeldt-Jakob	☐	☐
HIV-Infektion	☐	☐	Leberkrankheiten	☐	☐	Tumor / Karzinom / Krebs	☐	☐

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Ihr Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

Vorbehandelnde Zahnarztpraxis*

Name | Anschrift | Telefon

b) Bestehen Allergien? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass? ☐ ja ☐ nein

c) Herzinfarkt ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall ☐ ja ☐ nein

Lähmungen ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

d) Haben Sie einen zu hohen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein Haben Sie einen zu niedrigen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ☐ ja ☐ nein

3. Nehmen Sie Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?

5. Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

6. Bestehen Suchtkrankheiten? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ ungewiss Ggf. wievielte Woche

8. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ☐ ja ☐ nein Unfalldatum

Art. d. Verletzung

9. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher Schweregrad?

10. Liegt eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 99 SGB IX vor? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

11. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ☐ ja ☐ nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

12. Haben Sie einen Röntgenpass? ☐ ja ☐ nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie? (Datum / Körperteil)

13. Haben Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein

Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt?

14. Nutzen Sie die elektronische Patientenakte? ☐ ja ☐ nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum | Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r

Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz
Ottostr. 55a 85521 Ottobrunn

Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung")

NAME :_____ VORNAME :_____ Geb.: Datum:_____

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- Bluterguss
- Infektionen
- Schwellung
- Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- Schädigung von Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl)
- Allergische Reaktionen
- Herz-Kreislaufprobleme

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u. a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:

- Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

- Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist ca. 2-3 Stunden) sollte der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippen, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir / meinem Kind eine Lokalanästhesie ("örtliche Betäubung") vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ottobrunn, den

_____ _____

Unterschrift der/des Patientin/en Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Zahnarztpraxis
Dr. Dr. Stefan Eulitz & Dr. Dirk Wolfertz
Ottostr. 55a
85521 Ottobrunn

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie bitten, uns zukünftige Änderungen Ihrer Gesundheitssituation und – Risiken mitzuteilen.

Vielen Dank

Datum	Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Zahnarztpraxis Dres. Eulitz & Wolfertz

Ottostr. 55a · 85521 Ottobrunn

Zahnärztliche Praxis
Dr. med. dent. Dr. med.
Stefan Eulitz
Dr. med. dent.
Dirk Wolfertz

Vereinbarung über Ausfallhonorar

Patient/in: _____

Geburtsdatum: __ __.__ __.__ __ __ __

Ein vereinbarter Behandlungstermin wird von unserer Praxis verbindlich und ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert. Die hierfür eingeplante Behandlungszeit sowie das erforderliche Personal stehen zu diesem Zeitpunkt für andere Patienten nicht zur Verfügung.

Wir bitten daher um eine Absage spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin.

Bei einer Absage von weniger als 24 Stunden vor dem Termin oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar von 100% des Behandlungspreises berechnet werden nach § 615 Satz 1 BGB.

Ich bestätige, über diese Regelung und die 24-Stunden-Absagefrist informiert worden zu sein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Patient/-in (Name, Vorname und Anschrift)

Geburtsdatum

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken.
Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin / zum Patienten:

☐ Elternteil** ☐ Betreuer/-in ☐ Ehegattin/-gatte

☐ oder

** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsstatus, Tätigkeit, Arbeitgeber, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH (ABZ-ZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch ABZ-ZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder ABZ-ZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus allen Behandlungen ergebenden Forderungen an ABZ-ZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch ABZ-ZR an die DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Frankfurt am Main (DZ BANK), wobei mir bewusst ist, dass die DZ BANK in diesem Zusammenhang Einsicht in die von der Praxis erteilten, erforderlichen Informationen gemäß dem ersten Absatz verlangen könnte.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ABZ-ZR die Leistungen meiner Praxis mir, meiner Krankenkasse (bei vereinbarter Direktabrechnung) oder dem zuständigen Kostenträger (Leistungen der gesetzl. Unfallversicherung/Sozialhilfe etc.) gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie ABZ-ZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der DZ BANK.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder ABZ-ZR zu erklären.

Umseitige Informationen zur Rechnung und zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

✗

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in* **und** ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

*bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell

Praxisstempel

ABZ_EE-1_V15 08/26-520000

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.