

## Anmeldung / Anamnese

Vielen Dank,  
 dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben.  
 Damit Ihre Behandlung wunschgemäß und angepasst an Ihren Gesundheitszustand durchgeführt werden kann,  
 möchten wir Sie bitten die nachstehenden Fragen zu beantworten.  
 Bitte teilen Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.  
 Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### Patient/-in:

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

### Anschrift:

|                  |         |       |
|------------------|---------|-------|
| Straße/Haus-Nr.: | PLZ/Ort | Beruf |
|------------------|---------|-------|

|                 |            |        |
|-----------------|------------|--------|
| Telefon privat: | Mobil-Nr.: | E-Mail |
|-----------------|------------|--------|

### Hausarzt:

|      |           |         |
|------|-----------|---------|
| Name | Anschrift | Telefon |
|------|-----------|---------|

### Mitglied/ ggf.

#### abweichend. Zahlungspflichtige/-r

#### Erziehungsberechtigte/-r

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

### Anschrift:

|                  |         |       |
|------------------|---------|-------|
| Straße/Haus-Nr.: | PLZ/Ort | Beruf |
|------------------|---------|-------|

|                 |            |        |
|-----------------|------------|--------|
| Telefon privat: | Mobil-Nr.: | E-Mail |
|-----------------|------------|--------|

### Name des Kostenträgers:

(Krankenkasse / Versicherung)

### Zusatzversicherung/ Beihilfe:

---

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert           | <input type="checkbox"/> ich habe Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt       |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig Versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif Versicherte/r | <input type="checkbox"/> Ich bin Zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif- Versicherte/r   |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert            |   |

### Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

- |                                    |                                     |                                   |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Google    | <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> Instagram | Name des Patienten: _____           | <input type="checkbox"/> Jameda   |
|                                    | Sonstiges: _____                    |                                   |

Bitte beachten Sie, dass durch die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) und die zahnärztliche Behandlung die Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt sein kann.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, sagen Sie uns bitte mind. **24 Stunden** vorher Bescheid. Gerne vereinbaren wir dann einen neuen Termin mit Ihnen. Setzen Sie uns nicht rechtzeitig über ihre Verhinderung in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine **Ausfallrechnung in Höhe von 50%** der vereinbarten Behandlung erstellt werden kann (§§615 /280 BGB).

# Anmeldung / Anamnese

|   | JA                       | NEIN                     |                     |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Vorerkrankungen:</b>   |                          |                          | <b>Bemerkungen:</b> |
| Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, Atemnot, u.a.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Diabetes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Rheumatische Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Osteoporose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Infektionskrankheiten (TBC, HIV, Hepatitis, u.a.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Bluterkrankungen/ -Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Bluthochdruck/ Niederdruck  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Schilddrüsenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Nierenfunktionsstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Tumor/ Karzinom/ Krebs  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Endokarditis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Lähmungen/ Epilepsie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| sonstige Angaben/ Krankheiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Bestehen Suchtkrankheiten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten am Tag?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Besteht die Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Liegt / lag eine Verletzung im Mund, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Nehmen Sie Medikamente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Bestehen Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne? <input type="checkbox"/> Ja, <b>jünger</b> als 2 Jahre <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <b>älter</b> als 2 Jahre |                          |                          | _____               |
| Möchten Sie in Zukunft an Ihre Termine erinnert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |                          |                          | _____               |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehenden Fragen und Angaben vollständig und richtig beantwortet zu haben.

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

# Einverständniserklärung

## Zur Übermittlung und Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden

(nach § 73 Abs. 1 b SGB V)

**Patient/-in:** \_\_\_\_\_

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich bin einverstanden, dass die Praxis Elbweiss bei meinem überweisenden und behandelnden Ärzten Informationen aus meiner Patientenakte anfordern darf sowie Befunde und Bilder aushändigen dürfen.

JA

NEIN

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden.

JA

NEIN

**Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen!**

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter