

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 haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in

Herr / Frau / Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail*	Geburtsort*
Postleitzahl / Ort		Telefon oder Mobil	

Mitglied/ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

Anschrift

Straße / Hausnr.		E-Mail*
Postleitzahl / Ort		Telefon oder Mobil

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name des Kostenträgers		
------------------------	--	--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe die 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 nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Mitgliedes*

Beruf des Mitgliedes*		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.		Postleitzahl / Ort	Telefon
------------------	--	--------------------	---------

Beruf des Patienten

Beruf des Patienten		Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Schüler/Student		

Anschrift des Arbeitgebers*

Straße / Hausnr.		Postleitzahl / Ort	Telefon
------------------	--	--------------------	---------