

# Anmeldung für nicht gesetzlich versicherte Patienten

Zahnarztpraxis Ute Farkas-Schünemann  
Vereinbarung und Einverständniserklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig und beachten Sie bitte auch die Rückseite!

Name:.....  
Vorname:.....  
Wohnort.....  
Straße.....  
Geburtsdatum.....  
Telefonnummer.....  
Beruf/Arbeitgeber.....  
Krankenkasse.....

## Bei Familienversicherung bitte folgende Angaben für den Hauptversicherten

Name.....  
Vorname.....  
Wohnort.....  
Straße.....  
Geburtsdatum.....  
.....  
Name des Hausarztes.....  
.....

## Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

	ja	nein
Haben Sie eine Allergie, welche?		
Haben Sie Asthma?		
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?		
Haben Sie Diabetes?		
Leiden Sie unter Epilepsie?		

	ja	nein
Haben Sie Bluthochdruck?		
Leiden Sie an einer Herzerkrankung?		
Hatten Sie einen Herzinfarkt?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher / eine künstliche Herzklappe?		
Haben Sie eine rheumatische Erkrankung?		
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?		
Haben Sie eine Viruserkrankung? (Hepatitis, HIV...)Welche?		
Leiden Sie unter häufigen Kopfschmerzen?		
Rauchen Sie? Wenn ja, bitte eintragen wie viel pro Tag.		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Bitte eintragen welche?	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Tragen Sie eine Relaxationsschiene?		
Haben/hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?		
Leiden Sie an einer Parodontitis(Parodontose)?		
Möchten Sie 1x im Jahr an ihren Zahnarztbesuch erinnert werden?		

Hiermit erkläre ich, dass es mein ausdrücklicher Wunsch ist, als Privatpatient behandelt zu werden.

Die Rechnungslegung erfolgt nach den Bestimmungen der GOZ(Gebührenordnung für Zahnärzte) und GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte).Die Honorarforderung wird unabhängig von der Höhe der Erstattung durch Krankenversicherung oder Beihilfestellen von mir selbst beglichen.

**Datum:** .....**Unterschrift:** .....

