www.finck.biz

zentrum zahnheilkunde

Willkommen im

Zentrum Zahnheilkunde

Leitung: Zahnarzt Gerald Finck

Montanusstr. 13 | 42799 Leichlingen | 02175 / 89 07 47 | www.finck.biz

Anmeldung zur zahnärztlichen Behandlung

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

Name ..... _____ Vorname ..... _____

Wohnort/PLZ ..... _____ Geburtsdatum ..... _____

Straße/Nr. ..... _____ Telefon ..... _____

Mobiltelefon ..... _____

Beruf ..... _____ Arbeitgeber ..... _____

Versicherung ..... _____ E-Mail ..... _____

Besteht eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein ..... wenn ja, Name: _____

Sind Sie Hauptversicherter? ..... falls nicht, Name des Mitglieds: _____

Bei Privatrechnung, Rechnung an: _____

Ihr 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:

1. Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher? ..... ja ☐ nein ☐

2. Hatten oder haben sie eine der folgenden Krankheiten? ..... ja ☐ nein ☐

a) Asthma oder Heuschnupfen? ..... ☐ Asthma ☐ Heuschnupfen

b) Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten von Medikamenten, ... ja ☐ nein ☐

wenn ja, auf welche Stoffe oder Medikamente? _____

d) ☐ Schlaganfall, ☐ Lähmung , ☐ Herzinfarkt ..... ja ☐ nein ☐

e) ☐ Infektionskrankheiten (☐ Hepatitis A, B, C, D / ☐ H.I.V) ..... ja ☐ nein ☐

3. Leiden Sie unter Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörung? ..... ja ☐ nein ☐

Falls ja, Einnahme von ☐ Heparin , ☐ Falithrom , ☐ Marcumar, ☐ regelmäßige ASS-Einnahme ?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ..... ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche _____

5. Rauchen Sie? ..... ja ☐ nein ☐

6. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ..... ja ☐ nein ☐

wenn ja, welcher Monat: _____ / ☐ ungewiss

7. Wie möchten Sie von uns an Ihre Kontrolltermine erinnert werden?

☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Ich möchte nicht erinnert werden

8. 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 _____