

Anmeldung

Patient

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße		
PLZ / Ort		
Telefon privat	Telefon geschäftlich	

Versicherter (falls vom Patienten abweichend)

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße		
PLZ / Ort		
Telefon privat	Telefon geschäftlich	

privat versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Versicherung:
beihilfeberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
gesetzlich versichert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Versicherung:

Name und Anschrift des Hausarztes

Bitte zutreffendes ankreuzen

Herzerkrankungen		
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschwäche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzasthma (Angina Pectoris)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
zu hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
zu niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Allergien		
Besitzen Sie einen Allergiepass	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Medikamenten-Allergie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche?		
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche?		

Bitte zutreffendes ankreuzen

Infektionskrankheiten		
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche?		
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Chronische Atemwegs-Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
AIDS / HIV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sonstiges		
Sind o. waren Sie abhängig von ...		
Drogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Alkohol?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welcher Monat?		
Zuletzt am Kopf geröntgt am?		
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, welche?		

Stoffwechselkrankheiten		
Zuckererkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen		
Grauer Star / hoher Augeninnendruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht ein Tetanus-Schutz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Recall

Wünschen Sie eine Erinnerung für die halbjährliche Kontrolle?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Zu guter Letzt...

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
<input type="radio"/> Freunde/Verwandte	<input type="radio"/> Zeitung	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Telefonbuch

Bitte beachten Sie ...

Hinweis zur Versicherungskarte

Wenn Sie Ihre Versicherungskarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen bei uns in der Praxis nach. Ansonsten müssen wir Ihnen leider die erbrachten Leistungen privat berechnen.

Hinweis zur Terminvereinbarung

Wir bitten Sie, Ihren Termin – falls Sie ihn nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst leider die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.

Hinweis zum Datenschutz

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und **nicht** an Dritte ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Hinweis zur Betäubung

Bitte bedenken Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung unter Umständen über mehrere Stunden hinweg **deutlich reduziert** sein kann.

Anmeldung

Hiermit bestätige ich, alle Angaben nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.
Die Hinweise und Informationen habe ich gelesen und verstanden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Nur unterschreiben bei **jährlichen** Kontrollbesuchen.
Ich bestätige, dass **keine** Veränderungen vorliegen.

Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift
Datum	Unterschrift

VFH (Verrechnungsstelle für Heilberufe GmbH)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir seitens der Praxis

Dr. Katrin Neemann & Partner GbR

gestellte Rechnungen bis auf meinen Widerruf hin über die VFH abgerechnet werden und die Forderung des Zahnarztes an die VFH abgetreten und von dieser eingezogen wird. Diese Forderung wird ggf. von der VFH zur Refinanzierung an die Landessparkasse zu Oldenburg (LZO) weiter abgetreten.

Ich bin damit einverstanden, dass der Zahnarzt die den jeweiligen Behandlungsfall betreffenden Rechnungsunterlagen bzw. die für die Abrechnung bedeutsamen Daten und Umständen der VFH mitteilen. Der Zahnarzt wird insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der VFH entbunden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------