



Zahnarztpraxis

Dr. Stephanie Eder

Uferstraße 4 - 89522 Heidenheim

Telefon: 07321 / 276827 - Email: praxis@stephanie-eder.de

Internet: www.stephanie-eder.de

Terminwunsch

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Vormittag früh					
Vormittag spät					
Nachmittag früh					
Nachmittag spät					
Abend					

Anmeldebogen für Jugendliche

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Deiner Gesundheit und Sicherheit. Bitte lies ihn gut durch und fülle ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Deinem Gesundheitszustand anzupassen.

1. Persönliche Daten

Patient (Familienversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Wohnort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

Mobil: _____

Email: _____

Email: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. Arbeit: _____

Tel. Arbeit: _____

Krankenkasse: _____

pfl. versichert: Ja / Nein

Bist Du Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Ja / Nein

Wer soll die Rechnung erhalten? _____

Wer ist Dein Hausarzt / Kinderarzt? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

2. Ärztliche und zahnärztliche Anamnese

Bestehen oder bestanden die folgenden Befunde/ Beschwerden/ Krankheiten:

Allergien: _____

Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) ja

Herzfehler mit Endokarditisrisiko ja

Leukämie ja

Epilepsie ja

ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose,...) _____ ja

Welche Medikamente musstest Du einnehmen? _____

Hast Du im Moment Zahnschmerzen? Ja / Nein

Weshalb kommst Du zu uns? Was ist Dein Hauptanliegen?

3. Häusliche Mundhygiene

Wie oft täglich betreibst Du Mundhygiene?

_____ mal

Reinigst Du die Zahnzwischenräume?

Ja / Nein

4. Ernährung

Wie viele Mahlzeiten nimmst Du am Tag zu Dir?

bis 5 / über 5

Sind Deine Zwischenmahlzeiten gesüßt?

Ja / Nein

Wie sind Deine Trinkgewohnheiten (Art und Häufigkeit der Getränke)?

5. Fluoride

Nimmst Du Fluorid- Tabletten?

Ja / Nein

Wird zu Hause fluoridiertes Salz verwendet?

Ja / Nein

Welche Zahnpasta verwendest Du? _____

6. Recall

Mit unserem Recall-System erinnern wir Dich regelmäßig an Deinen halbjährlichen Kontrolltermin.

Bist Du an unserem Recallsystem interessiert?

Ja / Nein

Wenn Ja, lieber per Post oder per Email

Post / Email

7. Unkostenausgleich bei nicht eingehaltenen Terminen

Wie Du an unseren kurzen Wartezeiten merken wirst, sind wir stets bemüht, Termine gut abzusprechen und genau passend für Dich Zeit zu reservieren.

Dies bedeutet jedoch bei einer kurzfristigen Absage, dass in dieser Zeit kein anderer Patient behandelt werden kann. Da die Krankenkassen nur erbrachte Leistungen bezahlen, stellen wir Dir nach § 611ff, insbesondere § 615 S.1 BGB, bei weniger als 24 Stunden vorher abgesagten Terminen einen Betrag von EUR 20 pro halbe Stunde einplante Termindauer privat in Rechnung. Diese Regelung gilt laut BGB auch bei Krankheit, schlechtem Wetter usw.)

Bitte sage Deine Termine rechtzeitig ab, Du hilfst uns damit, die gewohnten kurzen Wartezeiten beizubehalten.

Ich habe die Regelung zum Unkostenausgleich gelesen und bin damit einverstanden

Ja

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

, den

Unterschrift / Erziehungsberechtigter