

Patienten-Nr.: _____

Anmeldebogen

zur Erfassung Ihrer ...

- > **Patienten-
/Versicherungsdaten**
- > **Krankenvorgeschichte**

In **Ihrer** Interesse bitten wir, diesen Bogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und die allgemeinen Hinweise zu beachten.



Facharztpraxis

Dr. Dr. René Jonas

Apostelgasse 7
97421 Schweinfurt

**Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Zahnärzte**

Telefon: 09721-23423
Fax: 09721-28231
Email: info@mkg-sw.de

www.mkg-sw.de

Patienten- und Versicherungsdaten

Nachname: _____ Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____ Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Gesetzlicher **Vertreter** (bei minderjährigen Patienten) oder amtlich eingetragener **Betreuer**:

Nachname: _____ Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privatversichert

eigenversichert mitversichert bei **Mitglied** (Name/Vorname/Geburtsdatum):

Bei Privatpatienten / Selbstzahlern Rechnung an: oben genannte Adresse

Straße: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wenn „Ja“, für welche Leistungen? _____

Krankenvorgeschichte

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Allergische Reaktionen | <input type="radio"/> Asthma/Atemnot | <input type="radio"/> Medikamentenunverträglichkeit |
| <input type="radio"/> Herzerkrankung | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="radio"/> Bluterkrankung | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Krebs-/Tumorerkrankung |
| <input type="radio"/> Zuckererkrankung | <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankung | <input type="radio"/> Leber-/Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Epilepsie/Anfallsleiden | <input type="radio"/> Schlaganfall / Lähmung | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> (Fieberhafter) Infekt | <input type="radio"/> HIV / AIDS | <input type="radio"/> Hepatitis |

Bitte beschreiben Sie Ihre angekreuzte Erkrankung so gut wie möglich:

Bestehen **andere/weitere** Erkrankungen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? **Nein** Ja Unsicher

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? **Nein** Ja, siehe oben.

Genussmittelkonsum (Tabak/Alkohol) / Drogen: _____

Warum haben Sie unsere Praxis aufgesucht? _____

Mein Zahnarzt: _____ Mein (Haus-)Arzt: _____

Allgemeine Hinweise

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden. Wir stehen deshalb in der Pflicht, Sie vor Beginn der Behandlung möglichst umfassend über für die Behandlung wesentliche Umstände aufzuklären (§ 630c Abs. 2, BGB). Die Aufklärung **über operative Risiken sowie ergänzende Informationen** rund um Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zur und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen sowie Erfolgsaussichten erhalten Sie im Rahmen des ärztlichen Vorgesprächs (Bogen Patientenaufklärung). Darüber hinaus erhalten Sie im Rahmen der Anmeldung einen Informationsbogen zu unseren allgemeinen Behandlungsgrundsätzen.

Ich unterzeichne für Vollständigkeit und **Richtigkeit** der Angaben nach bestem Wissen. Den allgemeinen Behandlungsgrundsätzen (Beiblatt) **stimme ich zu.**

Datum / Unterschrift



Beiblatt:

Allgemeine Behandlungshinweise

- ✓ Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie **in Ruhe** behandeln und beraten zu können, wird unsere Praxis nach dem **Bestellsystem** geführt. An reservierten Behandlungsterminen stehen deshalb Behandler/Assistenzteam/OP für Sie bereit. Wir müssen uns deshalb **vorbehalten**, Ihnen reservierte, aber bei Nichterscheinen nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine **privat** in Rechnung zu stellen.
- ✓ Generell kommt ein (auch formloser) Behandlungsvertrag dann zustande, wenn Sie (telefonisch) einen Termin vereinbaren, unsere Sprechstunde aufsuchen oder bei einer Notfallbehandlung.
- ✓ Die Bemessung der Gebühren richtet sich nach §5 der GOZ/GOÄ und wird unter Berücksichtigung von Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie Umständen der Ausführung nach billigem Ermessen innerhalb des Gebührenrahmens ermittelt. Eine endgültige Festlegung auf bestimmte Steigerungssätze ist deshalb nicht im Voraus, sondern erst nach Erbringung der Leistung möglich. Individuelle Preisvereinbarungen zwischen Behandler und Patient sind möglich.
- ✓ Die Vergütung wird, wenn nichts Abweichendes vereinbart worden ist, nach der Behandlungsleistung fällig (§ 614, BGB).
- ✓ Beachten Sie, dass, insbesondere bei **Privat- oder Zusatzleistungen**, Ihre Krankenkasse die Kosten möglicherweise nicht oder nicht in voller Höhe übernehmen wird. Eine Abklärung, möglichst im Vorfeld der Maßnahme, obliegt dem Patienten.
- ✓ Es besteht generell kein Anspruch auf einen bestimmten Behandler, eine Delegation der Behandlung ist möglich, die besonderen berufsrechtlichen Regeln zur Delegation bleiben unberührt.
- ✓ Der Behandelnde schuldet keinen Behandlungserfolg, also nicht die Heilung oder Realisierung des angestrebten Ergebnisses, sondern lediglich eine fachgerechte Vornahme der Behandlung.
- ✓ Kosten für individuelle Atteste und gutachterliche Untersuchungen/Stellungnahmen müssen vom Patienten übernommen werden und richten sich vor allem nach dem zeitlichen Aufwand.
- ✓ Auf Ihren Wunsch hin speziell bestellte oder angefertigte Materialien/pharmazeutische Produkte/Schienen/Prothetik verpflichten – auch bei Behandlungsabbruch - zur Abnahme.
- ✓ Um Sie bestmöglich behandeln zu können benötigen wir unter Umständen aus anderen Orts durchgeführter Diagnostik oder Behandlung Daten, Befunde oder Röntgenbilder. Sie erklären sich deshalb mit der Anforderung dieser Unterlagen durch unsere Praxis einverstanden. Ebenso werden unsererseits Patienteninformationen – soweit medizinisch erforderlich - an Ihren Hausarzt, Zahnarzt oder eine(n) andere(n) mit- oder weiterbehandelnde(n) Kollegen/Praxis/Klinik zu Dokumentations- oder Weiterbehandlungszwecken übermittelt. Sofern zur Liquidation unserer Leistungen erforderlich übermitteln wir Daten an entsprechende Abrechnungsstellen.
- ✓ Ihr Einverständnis in die auf dieser Seite genannten Punkte gilt – bis zum Widerruf – auch für künftige Behandlungen. Ein Widerruf – auch des Einverständnisses in die geplante Behandlung als solche – ist natürlich jederzeit möglich.

Das Beiblatt zu den allgemeinen Behandlungsgrundsätzen hab ich gelesen und bin damit **einverstanden**.

(Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden)

Datum / Unterschrift