

# ANMELDUNG

Rheinzahn MVZ GmbH

## Sehr geehrter Patient!

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns Sie als Patient/in bei uns begrüßen zu können und möchten Sie bitten diesen Anamnesebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur möglichst geringe Wartezeiten. Wir bitten Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst die vorgesehene Zeit in Rechnung stellen müssen. (§§ 304, 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so rechnen Sie bitte mit Wartezeiten. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

### Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der R(h)einzahn MVZ GmbH weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

## Patient

Herr / Frau

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Mitglied / Zahlungspflichtiger

Herr / Frau

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Name der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

- Pflichtversichert  
 freiwillig versichert  Ich wünsche Privatbehandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V)  
 Ich wünsche Krankenkassenbehandlung  
 private Zusatzversicherung  
 private Zusatzversicherung für den stationären Bereich

**Beruf / Arbeitgeber des Mitgliedes:** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Anschrift des Arbeitgebers:**

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Überweisender Zahnarzt / Arzt:**

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma (schwere Atemnot)		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unverträglichkeiten von Medikamenten	ggf. welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	ggf. wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	ggf. wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lähmung	ggf. wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelbsucht		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leberkrankheiten		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV-Infektion		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungsstörungen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nichtraucher		<input type="checkbox"/> Ja	
Raucher	Anzahl der Zigaretten pro Tag:	<input type="checkbox"/> Ja	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch ggf. Werte:		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	ggf. welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft ?	ggf. welche Woche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Angaben / andere Krankheiten:			

### Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben



Ort Datum Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter\*)

### Datenschutz

- Mir ist bekannt, dass meine Erklärungen auch für zukünftige Behandlungen gelten und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden können. Ferner bestätige ich den Empfang einer Kopie dieses Formulars.
- Mir wurde ferner die Datenschutzerklärung der R(h)einzahn MVZ GmbH zur Verfügung gestellt. Ich habe die Datenschutzerklärung der R(h)einzahn MVZ GmbH zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass die R(h)einzahn MVZ GmbH meine Daten nutzt um mir besondere Informationsmaterialien oder Angebote zu schicken. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die R(h)einzahn MVZ GmbH meine Daten nutzt um mich im Rahmen des Erinnerungsservice an meinen nächsten Kontrolltermin zu erinnern. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.
- Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.



Ort Datum Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter\*)