

DR. KLAUS FEUERSINGER  
ZAHNARZT

ANMELDUNG

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

wir freuen uns, dass Sie unsere  
Praxis besuchen.  
Wir führen eine Bestellpraxis,  
das bedeutet für Sie in der Regel  
nur eine kurze Wartezeit.  
Das bedeutet aber auch, dass Sie  
Ihren Termin bitte spätestens  
1 Tag vorher absagen, wenn Sie  
diesen nicht einhalten können.

**Hinweis für gesetzlich  
versicherte Patienten:**

Bei Nichtvorlage der Krankenver-  
sicherungskarte bis spätestens  
10 Tage nach dem 1. Termin  
erhalten Sie eine Privatrechnung,  
mit der Sie sich durch Ihre umseitige  
Unterschrift einverstanden erklären.

**Hinweis für privatversicherte  
und beihilfeberechtigte Patienten:**

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß  
der Gebührenordnung für Zahnärzte/  
Ärzte. Erstattungseinschränkungen  
durch Ihre Versicherung oder Bei-  
hilfe können leider nicht berücksich-  
tigt werden. Material- und Laborkosten  
werden gemäß GOZ §9 nach tatsäch-  
lichem Aufwand berechnet.

Desweiteren erklären Sie sich durch  
Ihre umseitige Unterschrift damit ein-  
verstanden, dass wir unsere Forderung  
im Fall des Nichtbegleichens an einen  
Inkassodienstleister abtreten.

Alle Ihre Angaben, die zum Teil auch  
elektronisch gespeichert werden, unter-  
liegen dem Datenschutz und der ärzt-  
lichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt

Dr. Klaus Feuersinger

PATIENT

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

e-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Private Versicherung \_\_\_\_\_

Beihilfe \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

VERSICHERTER

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Wie Sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden \_\_\_\_\_

**Bitte die Rückseite ausfüllen!**

## IHRE GESUNDHEIT

Vor der Behandlung benötigen wir auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Ihre Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden.

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in einer ärztlichen Behandlung? \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_ Ja, wegen \_\_\_\_\_

### Grund Ihres Besuchs bei uns:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Aussehen der Zähne
- Zähneknirschen
- Kieferbeschwerden
- störende Füllungen
- störender Zahnersatz
- Sonstiges

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_ Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Herzkrankungen \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher \_\_\_\_\_

Herzklappenersatz \_\_\_\_\_ Endokarditis \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung \_\_\_\_\_ Blutverdünnung(Marcumar,ASS) \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_ Schilddrüse \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_ Bisphosphonatbehandlung \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Rheuma \_\_\_\_\_

Lebererkrankung \_\_\_\_\_ Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit? \_\_\_\_\_

Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberkulose \_\_\_\_\_ HIV-Infektion \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_ Ja, im \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer das sehr seltene Risiko einer vorübergehenden oder dauerhaften Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet des betäubten Nerven (Zunge, Lippe, Wange) besteht. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie darüber aufgeklärt wurden. Grundsätzlich kann durch Spritzen zur Schmerzausschaltung Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_