



ZAHN ÄRZTE PRAXIS

Anmeldung und Behandlungsvertrag

für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen

Dr. Elio Adler

Berkaer Str. 41; 14199 Berlin; Tel: 030 / 89 72 72 02

PATIENT

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Fax privat: E-Mail:.....
Tel. geschäftl.:..... Mobiltelefon:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....
Bezeichnung der gesetzl.Krankenkasse:
Beihilfeberechtigt? ja nein Freiwillig versichert? ja nein
Zusatzversicherung: ja nein wenn ja, bei wem:.....

VERSICHERTER (nur wenn anders als oben)

Name:..... Vorname:..... geb.:.....
Strasse:.....
PLZ:..... Ort:..... Telefon privat:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

Zwischen der/dem oben genannten Patientin/en und Dr. Elio Adler wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Dr. E. Adler kann mit Zustimmung des/der Patientin/Patienten die Leistungen auch von anderen Zahnärzten der Praxis durchführen lassen. Die **Behandlung** erfolgt, sofern der Patient nichts anderes wünscht, **gemäß den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen**, nämlich **ausreichend, zweckmäßig** und **wirtschaftlich**. Die Leistungen werden, soweit vom Gesetzgeber so vorgesehen, direkt über die **Krankenversichertenkarte** abgerechnet. Der/Die Patient(in) wurde informiert, daß ihm/ihr die Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden, sofern er/sie nicht innerhalb von 10 Tagen bzw. (falls früher) vor Quartalsende einen Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorlegt. Für **Behandlungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden**, erhält er/sie nach vorheriger Absprache eine **Privatrechnung**. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegen ihre Kinder bei.

Immer mehr gesetzlich Versicherte, wählen für einzelne Behandlungen **private, höherwertige oder aufwändigere Behandlungsverfahren, als die im Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen**. Für solche Behandlungen gilt ist die amtliche **Privat-Gebührenordnung** für Zahnärzte (GOZ) und für Ärzte (GOÄ).

Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag, weil sie andere Rechtsauffassungen oder individuelle Vertragsinhalte haben. Leider wird dabei gelegentlich der Eindruck erweckt, die zahnärztliche Abrechnung sei nicht korrekt. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Rechnung haben, bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen.

Materialkosten werden in der Rechnung spezifiziert; Laborkosten werden durch die Rechnung des erstellenden Labors nachgewiesen. Auf Wunsch des Patienten werden für geplante Behandlungen Heil- und Kostenpläne erstellt.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Patienten können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Das danach entstehende Ausfallhonorar entfällt, wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist.

.....
Unterschrift Zahnarzt

Berlin, den.....
Unterschrift Patient (bzw. Erziehungsberechtigter)

Intern: ausgewiesen durch Versichertenkarte Dokument..... No.:

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen freiwillig** – je mehr wir über Sie wissen, desto besser können Sie behandelt werden.

Name:..... Vorname:..... Alter:.....

- Meine Ernährung ist** „normal“ gesund und ausgewogen Diät
Rauchen Nichtraucher 0 - 10 Zigaretten pro Tag über 10 Zigaretten
Alkohol Ich trinke sehr selten / keinen Alkohol Ich trinke manchmal Alkohol Ich trinke häufiger Alkohol

Medikamente Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein
Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs und Abführmittel, Pille an

.....
 Ich nehme keine Medikamente

Erkrankungen Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen:

Ich leide an folgenden Krankheiten:

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

- OPs im Kopf-/Halsbereich:
- Allergien gegen:
- Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma)
- Nierenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)
- Gemütsleiden, Depressionen
- Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen
- Infektionskrankheiten (z.B.Hepatitis B/C, HIV)
- Lebererkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker)
- Hauterkrankungen
- Nervenleiden (z.B.Krampfanfälle)
- Erkrankungen des Skelettsystems
- Kreislauf- und Gefäßerkrankungen
- Herzerkrankungen

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ich stille gerade Menopause

Einige weitere Fragen

Ich wurde das letzte Mal an den Zähnen geröntgt im Jahre

Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden

Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal

Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal

Ich schnarche oft nie manchmal weiß nicht

Ich beobachte Zahnlockerung oder habe schon Zähne durch Parodontose verloren ja nein weiß nicht

Ich knirsche mit den Zähnen oder habe manchmal verspannte Kaumuskeln ja nein

- Ich wünsche eine spezielle Beratung über** Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm Ernährung
 Füllungsalternativen Kiefergelenksbehandlung Implantate Kinderuntersuchung
 Leistungen bei Schwangerschaft Schönheit meines Lächelns Schnarchtherapie

Ich komme auf Überweisung Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Gesundheitscheck-Termine erinnert werden ja nein

ausgefüllt am:..... von:.....