



Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Stix-Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398
www.seitz-zahnarztpraxis.de · smile@seitz-zahnarztpraxis.de

Anmeldebogen mit Anamnese (Erwachsene)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DSGVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzzinformation liegt in unserer Praxis für Sie zur Information aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (d)	Altern. Rechnungsempfänger	<input type="radio"/> (m) <input type="radio"/> (w) <input type="radio"/> (d)
Name _____		Name _____	
Vorname _____		Vorname _____	
Geburtsdatum _____		Geburtsdatum _____	
Geburtsort _____			
Adresse _____			

E-Mail privat _____		Sind Sie überwiesen worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Telefonnummer _____		Wenn ja, von wem? _____	
Mobil _____		Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? (gilt nicht für überwiesene Patienten)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geschäftlich _____		<input type="radio"/> per Mail <input type="radio"/> per Brief	
Krankenkasse _____		Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____		Haben sie ein Bonusheft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

		Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie Diabetes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
<input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Hepatitis C	



Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Datenschutzbestimmungen zu. Überwiesene Patienten: Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Isabell Seitz der Schweigepflichtentbindung gegenüber der überweisenden Zahnarztpraxis. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden. Es dürfen Röntgenbilder/ Arztberichte angefordert oder übersandt werden.

Vereinbarung eines Ausfallhonorars bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in unsere Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. **Wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie, diese spätestens 48 Stunden vorher abzusagen.**

So ist es uns noch möglich, Ersatzpatienten einzubestellen.

Sollten wir für die Terminabsage nicht telefonisch erreichbar sein, bitten wir Sie per E-Mail (smile@seitz-zahnarztpraxis.de) abzusagen.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung, gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Im Fall eines unverschuldeten Versäumnis (Bsp. Krankheit) des Termins, trifft Sie kein Verschulden.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

Hiermit erklären Sie sich mit dieser Vereinbarung einverstanden und willigen ein, bei Nicht Erscheinen oder zu kurzfristiger Absage, ein Ausfallhonorar in Höhe von 50% der Behandlungskosten des vereinbarten Termins zu bezahlen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(Patient, gesetzlicher Vertreter, Zahlungspflichtiger)