



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 (Kinder)

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

(m) (w) (d)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Adresse _____

Erziehungsberechtigte/r / Versicherte/r

(m) (w) (d)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Kontaktdaten Erziehungsberechtigte/r

E-Mail privat _____
Telefonnummer _____
Mobil _____
Geschäftlich _____

Sind Sie überwiesen worden? ja nein

Wenn ja, von wem? _____

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?
(gilt nicht für überwiesene Patienten) ja nein

per Mail per Brief

Krankenkasse _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

Nimmt ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat ihr Kind eine Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat ihr Kind eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Hat ihr Kind Gerinnungsstörungen? ja nein

Hat ihr Kind Diabetes? ja nein

Leiden ihr Kind an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV

Hepatitis B

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)