

Privatklinik für zahnärztliche Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde – IZI

Bahnhofstraße 54 · 54662 Speicher
Tel. (0 65 62) 96 82 0 · Fax (0 65 62) 96 82 50
www.izi-gmbh.de

Anmeldung

Frl./Frau/Herr _____ geb.: _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Tel.: _____

Krankenkasse _____ Handy: _____

Name des Mitgliedes _____ geb.: _____

Beruf des Mitgliedes _____

Arbeitgeber _____ Tel.: _____

Privatrechnung an _____

Hauszahnarzt (Name, Adresse) _____

Hausarzt (Name, Adresse) _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Herz/Kreislauf | | 5. Leberkrankheiten | |
| a) hoher Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | a) Gelbsucht | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| b) niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | b) Fettleber | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| c) Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | c) Leberzirrhose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| d) Herzschwäche | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | d) Hepatitis A | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| e) Herzfehler | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | e) Hepatitis B | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| f) Herzmuskelentzündung/
Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | f) Hepatitis C | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| g) künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 6. Nervensystem | |
| h) Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | a) Krampfleiden | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| i) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | b) Epilepsie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 2. Leiden Sie unter Erkrankungen
des Immunsystems? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | c) Lähmungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 3. Sind Sie HIV positiv? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | d) Depressionen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| 4. Atemwege/Lunge | | e) Angstzustände | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| a) Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | 7. Leiden Sie unter Bluterkrankungen
oder Blutgerinnungsstörungen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| b) chronische Bronchitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| c) Heuschnupfen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| d) Lungenentzündung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| e) Tuberkulose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| f) Lungenembolie | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |

(→ 2. Seite, bitte wenden)

8. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder sind folgende Erkrankungen bei Ihnen aufgetreten?

a) Unverträglichkeit von Medikamenten? (Antibiotika, Schmerzmittel, Jod,...) ja nein
Wenn ja, welche?

b) Allergien (z. B. Latex in Gummihandschuhen, Metalle,...) ja nein
Wenn ja, welche?

c) Schlaganfall ja nein
d) Zuckerkrankheit, Diabetes ja nein
e) Rheuma ja nein
f) Nierenerkrankungen ja nein
g) Blutkrebs ja nein

9. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten*** behandelt?

(* Medikamente zur Verbesserung der Knochenstruktur z.B. bei Osteoporose oder bei Tumorthherapie)

ja nein
Wenn ja, welche?

10. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

12. Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag?

13. Trinken Sie Alkohol?
 Gelegentlich Regelmäßig, wie viel?

14. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja, Monat: _____
 nein
 ungewiss

Datum _____

Unterschrift _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

zu Beginn Ihrer Behandlung in unserem Hause möchten wir Ihnen einige Informationen geben:

Die ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen der Ärzte unseres Hauses werden grundsätzlich privat liquidiert, d. h. eine direkte Abrechnung mit Kostenträgern der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht möglich. Alle Leistungen werden nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung gestellt. Da die Erstattungsleistungen der einzelnen privaten Krankenversicherungen je nach Tarif unterschiedlich ausfallen, kann eine volle Übernahme der Behandlungskosten durch Ihren Versicherungsträger nicht vorhergesagt werden. Für umfangreiche Behandlungen, wie implantologische Versorgung, prothetische Behandlungen oder umfangreiche Keramik- oder Inlayrestaurationen, stellen wir Ihnen einen Kostenvoranschlag zur Verfügung, den Sie vorab bei Ihrem Kostenträger einreichen können.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass unsere Liquidation sich an den Gebührensätzen der Gebührenordnungen orientiert und Nachlässe für eventuelle niedrigere Erstattungsleistungen der jeweiligen Versicherungen oder Beihilfestellen nicht möglich sind. Der Steigerungssatz für die

Privatliquidationen erstreckt sich je nach Schwierigkeitsgrad vom 1.8 – 3.5fachen Satz. Bei extrem hohen Schwierigkeitsgraden und zeitaufwendiger, individueller Lösung kann im Einzelfall eine Berechnung über den 3.5fachen Satz hinaus erfolgen.

Zur Abwicklung unserer Liquidationen arbeiten wir mit einem privaten Rechenzentrum zusammen.

Wir bitten Sie, bei Beginn der Behandlung ebenfalls den Ihnen übergebenen Einverständnisbogen für die Weiterleitung der Liquidationsunterlagen an das „Freie Rechenzentrum“ auszufüllen. Diese Unterschrift ist nach Datenschutzgesetz gefordert, um Liquidationsunterlagen an private Rechenzentren weiterzugeben (ca. 80% aller niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte bedienen sich inzwischen der Hilfe von Abrechnungsstellen zur Erstellung ihrer Liquidationen).

Ich bitte um Ihr Verständnis, dass wir ohne entsprechende Einwilligung in das in unserem Hause übliche Abrechnungsverfahren, außer Notfallbehandlungen, keine Therapie beginnen können.

Für alle Fragen in Zusammenhang mit Terminabsprachen und therapeutischem Vorgehen stehen Ihnen unsere Ärzte und Mitarbeiter jederzeit zur Verfügung.

Ich habe den Inhalt dieses Schreibens zur Kenntnis genommen und genehmigt:

Datum _____

Unterschrift _____