



Dr. Thomas Nicolai & Kollegen
Praxis für moderne Zahnheilkunde und Prophylaxe

Triftstraße 64 - 23554 Lübeck
Telefon: 0451 407105 - E-Mail: info@luebecker-zahnarzt.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei kurzfristigen Absagen von vereinbarten Terminen (weniger als 24 Stunden vorher) müssen wir Ihnen leider ein **Ausfallshonorar in Höhe von 40 Euro** berechnen.

Warum ist das so?

- Ihre Terminabsage in letzter Minute verhindert, dass wir diesen Termin anderweitig vergeben können.
- Kurzfristige Absagen führen zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten und finanziellen Einbußen in unserer Praxis.

Ausnahmen:

- In dringenden Notfällen können Sie selbstverständlich von dieser Regelung abweichen.
- Im Krankheitsfall und einer damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit erbitten wir eine frühstmögliche Benachrichtigung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Bitte bestätigen Sie Ihre Kenntnisnahme:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Lübeck, den _____

Unterschrift: _____

Bitte wenden 

Anamnesebogen



Dr. Thomas Nicolai & Kollegen
Praxis für moderne Zahnheilkunde und Prophylaxe

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Name: _____ E-Mail: _____
Vorname: _____ Versicherung: gesetzlich / privat
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse/-versicherung: _____
Anschrift: _____ Pflegestufe: _____
_____ Beruf: _____
Telefon privat: _____ Versicherter/Gesetzlicher Vertreter: _____
Telefon mobil: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Hatten/haben Sie folgende Krankheiten (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> grüner/grauer Star |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Endokarditis/Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |

Nehmen Sie **gerinnungshemmende/blutverdünnende Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Leiden/Litten Sie an **Tumorerkrankungen/Krebs** (Bestrahlung/Chemotherapie): Ja Nein

Nehmen/nahmen Sie **Bisphosphonate** ein (bei Tumorerkrankungen, Osteoporose)? Ja Nein

Bestehen **Allergien**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? Nein Ja Ggf. welcher Monat? _____

Bestehen **Suchtkrankheiten**? Ja Nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? _____

Haben Sie einen Medikamentenplan? Ja Nein Wenn ja, bitte an der Anmeldung vorlegen.

Sonstige Angaben/andere Krankheiten: _____

Teilnahme am halbjährlichen Recall-System (Terminreminder) erwünscht: Ja Nein Wenn ja, per E-Mail oder SMS

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der Behandlung sowie für die Dokumentation verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich bestätige, vorgestellte Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____