

# Anmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient,  
vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akuten Schmerzen)

in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie mit uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens zehn Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

## Patient/-in

Herr | Frau | Kind

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

## Anschrift

Straße   Hausnr.		E-Mail	Geburtsort
Postleitzahl   Ort		Telefon oder Mobil	

## Mitglied | ggf. abweichende/-r Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

## Anschrift

Name		Vorname	geb.
Straße   Hausnr.		E-Mail	
Postleitzahl   Ort		Telefon oder Mobil	

## Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privatversichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif Versicherte/-r	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif Versicherte/-r	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert		

## Beruf des Mitgliedes

<input type="checkbox"/> Schüler/-in   Student/-in	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
--	--------------------------------------

# Ausfallvereinbarung

Zwischen der als Bestellpraxis geführten Zahnarztpraxis

und

Herrn | Frau

Name		Vorname	geb.
------	--	---------	------

## Wird nachfolgend aufgeführte Vereinbarung getroffen:

Der/die Patient/-in wird darauf hingewiesen, dass die Praxis als Bestellpraxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung der Zahnarzt zur Verfügung des/der Patient/-in steht. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgen, ist es nicht möglich, einen anderen Patienten zu behandeln.

Der/die Patient/-in verpflichtet sich daher, Termine, die sie/er aus von ihm zu vertretenden Gründen nicht wahrnehmen kann, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der/die Patient/-in, für den ausfallenden Termin als Schadenersatz eine Ausfallpauschale der tatsächlich entstandenen Kosten gemäß §§ 611, 615 BGB zu zahlen.

Der/die Patient/-in wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und er dieses selbst zahlen muss.

Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r

Unterschrift Praxis