

# Z-MVZ Niederrhein GmbH

Homberger Str. 347, 47443 Moers

Fon: 02841/5 20 32 oder 50 73 46, Fax: 02841/50 53 09

**Sprechstunden: Mo. - Fr. 8 - 18 Uhr, Samstag 9 - 12 Uhr**

## Anmeldebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Für Ihre Behandlung benötigen wir einige Auskünfte und Erklärungen.

Vergessen Sie bitte nicht, an den markierten Stellen zu unterschreiben.

**Vor- und Nachname des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_

**Telefon Arbeitsstelle:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname des Kassenmitgliedes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung ? Ja:  Nein:**

**Eine örtliche Betäubung kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Eine Teilnahme am Straßenverkehr ist daher mindestens eine Stunde nach dem Nachlassen der Betäubung zu unterlassen und über 24 Stunden evtl. nur eingeschränkt möglich. Sollten Sie trotzdem am Straßenverkehr teilnehmen, geschieht dies ausdrücklich auf eigene Gefahr und gegen den Rat des behandelnden Arztes. Eine Haftung des behandelnden Arztes ist daher in jedem Falle ausgeschlossen.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben sowie meine Mitgliedschaft bei der angegebenen Krankenkasse. Den Hinweis zur Fahrtauglichkeit nach Lokalanästhesie habe ich zur Kenntnis genommen.**

Moers, \_\_\_\_\_

Datum

**X**

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten



**Um Ihnen eine zügige Behandlung und problemlose Abwicklung des Rechnungswesens zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen die folgende Erklärung:**

**Ich entbinde die Praxis Z-MVZ Niederrhein GmbH von der Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten, in deren Behandlung ich mich befinde, meiner jeweiligen Krankenkasse/Erstattungsstelle sowie den mit dem Rechnungswesen beschäftigten Inkassounternehmen und Anwaltskanzleien. Ich bin damit einverstanden, praxis- oder behandlungsbezogenes Informationsmaterial von der Praxis zugeschickt zu bekommen.**

Moers, \_\_\_\_\_  
Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

---

**Zur Erhaltung der eigenen Zähne ist eine halbjährliche Kontrolle und Reinigung des Gebisses sowie bei Kindern und Jugendlichen die Durchführung der Individualprophylaxe (Zahnputztraining, Versiegelung etc.) zahnmedizinisch sinnvoll. Gesetzlich krankenversicherte Patienten müssen mindestens einmal im Kalenderjahr eine Kontrolle nachweisen, um den Bonus für die Anfertigung von Zahnersatz zu erhalten. Hier zahlt sich eine regelmäßige Kontrolle in barer Münze aus.**

**Wir bieten Ihnen zukünftig an, Sie an die erforderliche Kontrolle per SMS zu erinnern. Auch hierzu benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis:**

**Ich wünsche die regelmäßige Erinnerung an meinen Vorsorge- und/oder Zahnreinigungstermin (Recall). Mir ist bekannt, dass es sich um einen unverbindlichen Service der Praxis handelt und ich für den Nachweis der jährlichen Kontrolluntersuchung für das Bonusheft selbst verantwortlich bin. In keinem Fall sind im Rahmen des Recall-Programms Schadenersatzansprüche gegen die Praxis möglich.**

**2x im Jahr**

**1x im Jahr**

Moers, \_\_\_\_\_  
Datum

SMS: **X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
**Handynummer**

---

**Zuletzt würden wir uns freuen, wenn Sie uns mitteilen, wer Ihnen unsere Praxis empfohlen hat oder wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:**

---

**Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich**

**Ihr Praxisteam**