

## Anmeldung zur ambulanten Behandlung in der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (ZMK)

(Bitte mit **Druckbuchstaben** vollständig ausfüllen)

<b>Familienname:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geburtsname:</b> _____ <b>Geb.- Datum:</b> _____	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verw.
<b>Straße/Hausnummer:</b> _____ <b>PLZ:</b> _____ <b>Wohnort:</b> _____ <b>Telefon Nr.:</b> _____ <b>E-Mail:</b> _____ <b>Krankenkasse / Kostenträger:</b> _____	
<b>Hausarzt (Name, Ort):</b> _____ <b>Hauszahnarzt (Name, Ort):</b> _____ <b>Waren Sie schon mal Patient in der ZMK Mainz?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wenn ja, wann _____	

### Hauptversicherter (ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Angehörige(r)/Betreuer):

<b>Familienname:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geburtsname:</b> _____ <b>Geb.- Datum:</b> _____	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verw.
<b>Straße/Hausnummer:</b> _____ <b>PLZ:</b> _____ <b>Wohnort:</b> _____ <b>Telefon Nr.:</b> _____ <b>E-Mail:</b> _____	

### Unfall:

<input type="checkbox"/> <b>Arbeits-/Schul-/Kita-Unfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>sonstiger Unfall:</b> _____ (z.B. Verkehrs-, Sportunfall usw.)
<b>Name und Adresse Arbeitgeber/Schule/Kita</b> _____ _____ _____	<b>Ort und Zeit des Unfalls</b> _____ _____ _____

Ich erkenne die Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz an und bestätige die Richtigkeit der obenstehenden Angaben. Falls die von mir angegebene Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt und auch kein Leistungsanspruch bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse besteht, werde ich die entsprechenden Behandlungskosten selbst zahlen.

Soweit die Krankenversichertenkarte oder ein gültiger Behandlungsschein nicht vorgelegt werden kann, werde ich dies innerhalb von 10 Tagen nachholen. **Ich nehme zur Kenntnis, dass mir bzw. dem Erziehungsberechtigten/Hauptversicherten nach Ablauf dieser Frist die Kosten persönlich in Rechnung gestellt werden.**

Für den Fall, dass sich Klinikpersonal bei der Behandlung (z.B. durch eine Stichverletzung mit einer Spritze) verletzt, bin ich mit einer sofortigen Blutentnahme zur Bestimmung des Infektionsrisikos (Hepatitis und AIDS) einverstanden.

Mainz, den \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigter)



001014099