

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

(Bitte mit **Druckbuchstaben** vollständig ausfüllen)

Unfall/Unfallfolgen nein ja wenn ja, Unfallart: _____
(z.B. Arbeitsunfall, Sportunfall usw.)

Patientendaten:

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

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

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

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.

Mit der Übersendung des zusammenfassenden Arztbriefes über meine Behandlung an den weiterbehandelnden sowie den zuweisenden Arzt respektive den von mir benannten Hausarzt bin ich einverstanden, solange ich nicht ausdrücklich widerspreche.

Ich bin mit § 14 Nr. 3 AVB, der Übereignung und wissenschaftlichen Nutzung von Überschussmaterial einverstanden: ja nein

Mainz, den _____ Uhrzeit: _____
(Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigter)