

Herzlich willkommen in unser Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien und Ihrer Versicherung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist sehr wichtig für eine adäquate und entspannte Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Anmeldung

Patient

Name	Vorname	geb.
Straße	Nr.	Tel. privat/tagsüber
Postleitzahl	Ort	E-Mail

Krankenkasse oder Versicherung _____

Versicherter (sofern diese Daten von den Patientendaten abweichen)

Name	Vorname	geb.
Straße	Nr.	Tel. privat/tagsüber
Postleitzahl	Ort	E-Mail

Weitere Angaben:

Beruf _____

Empfohlen durch _____

ggf.empfohlen durch
Hausarzt/Facharzt _____

Arbeitgeber/Anschrift _____

Weiter siehe nächste Seite

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorbeugung,
um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

ja [] nein []

Wünschen Sie von uns an die nächste Kontroll-
untersuchung als Praxisservice erinnert zu werden?

ja [] nein []

An welchen Wochentagen bzw. zu welchen Zeiten möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag:

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Wir sind immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher neu zu vereinbaren, falls Sie verhindert sind. Nicht eingehaltene Termine können auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung gestellt werden. Dies gilt ebenso bei Nichtvorliegen Ihrer (gesetzlichen) Krankenversicherungskarte spätestens 14 Tage nach Ihrer Behandlung.

Zu Zeitverzögerungen kann es kommen, wenn unvorhergesehene Behandlungen in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Bitte bedenken Sie dies bei Ihrer persönlichen Zeitplanung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der sachgerechten Behandlung und - wenn von mir gewünscht - zur Teilnahme am Erinnerungsservice durch die Praxis zustimme. Dies gilt auch für Weitergabe von personenbezogenen Daten für eine ggf. notwendige Kommunikation mit anderen Fachärzten, Physiotherapeuten, Zahntechnikern oder Ersatzstellen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beantworten Sie noch die Gesundheitsfragen auf der nächsten Seite

Zur Gesundheit

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen im Interesse einer komplikationslosen Behandlung möglichst vollständig:

Medikamente

Diabetes (Hba-Wert?)	ja []	nein []	_____
Hoher Blutdruck	ja []	nein []	
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []	_____
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []	
Marcumar/Gerinnungshemmer	ja []	nein []	_____
Blutungsneigung/Bluterkrankung	ja []	nein []	
Herzschrittmacher/künstl.Herzklappe	ja []	nein []	_____
Gefäßerkrankung	ja []	nein []	
Lungenerkrankung/Asthma	ja []	nein []	_____
Lebererkrankung/Hepatitis	ja []	nein []	
Nierenerkrankung	ja []	nein []	_____
Magen-/Darmerkrankung	ja []	nein []	
Karzinom/Krebs/Bestrahlung	ja []	nein []	_____
Osteoporose/Bisphosphonate	ja []	nein []	
Frühgeburt	ja []	nein []	_____
Rheuma/rheumat.Arthritis	ja []	nein []	
Allergie/Allergiepass	ja []	nein []	_____
Nervenerkrankung	ja []	nein []	
Grüner Star (Glaukom)	ja []	nein []	_____
Herzschrittmacher	ja []	nein []	
Epilepsie	ja []	nein []	_____
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	ja []	nein []	
Aids/ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	ja []	nein []	_____
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung, wenn ja, welche	ja []	nein []	_____

weitere Angaben:

Sind Sie Raucher?	[]
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?	
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher SSW. sind Sie?	[]
Schnarchen Sie?	[]
Waren/sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	[]
Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden beim Zahnarzt?	
Haben Sie einen Röntgenpass?	[]
Wer ist Ihr Hausarzt /Telefonnummer ?	

Grund Ihres Besuches

Zahnfleischbluten	[]
Migräne/ Kopf-/Nackenschmerzen	[]
Kiefergelenkbeschwerden	[]
Knirschen	[]
Mundgeruch	[]
Schnarchen	[]
Kontrolluntersuchung	[]
Schmerzbehandlung? Nähere Angaben dazu:	_____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?
