



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir wollen, dass Sie sich bei uns wohl und gut aufgehoben fühlen. Um uns perfekt auf Sie vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie dieses Formular gewissenhaft und leserlich aus – so können wir Sie individuell und risikoarm behandeln. Natürlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert.

PATIENTENDATEN

Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben) _____ geb. am _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____ Mobil _____

Telefon beruflich _____ E-Mail-Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse: _____

Haben Sie einen Pflegegrad oder Eingliederungshilfe? _____

Bitte bei einer **gesetzlichen Kasse** angeben: Pflichtversichert? ja nein
Freiwillig versichert? ja nein
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja nein

Bitte bei einer **Privatversicherung** angeben: Studentisch versichert? ja nein
Standardtarif/Basistarif (Ausweispflichtig!) ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

VERSICHERTENDATEN (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patient oder Versicherten? _____

Versicherter _____ geb. am _____

Anschrift _____

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Bitte wenden >>>



Je besser wir Sie kennenlernen, desto erfolgreicher wird unsere Behandlung sein. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gründlich aus, damit wir auch Risikofaktoren berücksichtigen können. Unsere Mitarbeiter unterstützen Sie gerne.

GESUNDHEITSDATEN

	ja	nein		ja	nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/Künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung/Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche sonstigen Erkrankungen haben Sie? _____

Welche Allergien haben Sie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Bei welchen Medikamenten reagieren Sie empfindlich? _____

Wurde/wird eine Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich durchgeführt? ja nein

Wurde/wird eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt?
(bei Krebserkrankung oder Osteoporose) ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Schnarchen Sie? ja nein

Wurden bei Ihnen Atemaussetzer während des Schlafens beobachtet? ja nein

Leiden Sie an Tagesmüdigkeit? ja nein

Leiden Sie oder Ihr Partner an Mundgeruch? ja nein

Wünschen Sie eine weitere Beratung? ja nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Wenn ja, im _____ Monat. ja nein

Stillen Sie? ja nein



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten bei Bedarf weitergeleitet werden an:

ja nein

Auftragslaboratorien zum Zweck der Anfertigung von Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen), der labormedizinischen Untersuchung sowie zur Herstellung der Bohrschablone bei Implantationen (Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen)

dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen.

ja nein

Namen: _____

dass neben mit- und weiterbehandelnden Ärzten auch folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden dürfen.

ja nein

Namen: _____

dass eine Termininformation (Terminerinnerung) auf meinem / unserem Anrufbeantworter oder der Sprachbox hinterlassen werden darf.

ja nein

dass, falls erforderlich, Röntgenbilder per E-Mail an andere Zahnärzte geschickt werden dürfen.

ja nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs.2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Datum

Unterschrift/ Unterschrift Erziehungsberechtigter