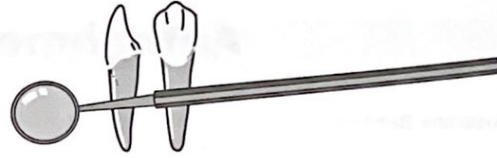


Anmeldebogen



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____ Pflegegrad? _____

Krankenkasse _____ Zusatzversichert ja nein

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Familienversichert ja nein Versichert über: _____
Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja nein telefonisch / per Brief / per Postkarte / per E-Mail _____

Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind.

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Gemäß **EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung** willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein. Die vollständigen 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Datum _____ Unterschrift _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina Pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Augenkrankheit: Leiden Sie an einem Glaukom? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____

