

Anmeldung Patient/-in

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, PLZ und Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____ Telefon(mobil): _____

Email: _____ Beruf: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- Gesetzlich Freiwillig Privat Basistarif Beihilfeberechtigt
 private Zahnzusatzversicherung

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachte Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Patienteninformation unter „Ihre Rechte“). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bestätige, dass mir die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt wurde und diese gelesen habe.

X _____
Gründau,

Datum, Unterschrift

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Warum suchen sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung **andere Gründe:**

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

- Herzen oder Blutkreislaufs
 Leber (Gelbsucht)
 Lunge (Asthma, Atemnot)
 Schilddrüse
 Magen-Darm-Traktes
 Gelenke (Rheuma)
 Wirbelsäule
 Augen (Grüner Star, Glaukom)

Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung
(Endokarditis) ja nein
- einen Herzschrittmacher ja nein
- einen Herzinfarkt ja nein
- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Epilepsie ja nein
- Infektionskrankheiten (HIV) ja nein
- Hepatitis nein ja A B C

andere Krankheiten: _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS)
 Bisphosphonate (Fosamax), Prolia/Xgeva
 andere Medikamente:
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente wie z.B. Schmerzmittel oder Antibiotika aufgetreten?

ja nein **Wenn ja, gegen welche Medikamente:**

Haben Sie eine Allergie gegen Jod?

ja nein

Haben Sie eine Allergie gegen Latex?

ja nein

andere Allergien: _____

Für unsere Patientinnen

Sind sie Schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche: _____ **SSW.**

Zum Schluss

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, denken Sie daran, mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, um Ausfallhonorare zu vermeiden. Sollten sie unbegründet zu einem Termin nicht erscheinen, behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Höhe von 50€ in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

X

Datum, Unterschrift