

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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Herr/Frau/Kind	_____		
	Name	Vorname	geb.
Mitglied	_____		
Anschrift	_____		
	Straße	Nr.	Tel. privat/tagsüber
Krankenkasse oder Versicherung	_____		
	Postleitzahl	Ort	
Beruf	_____		

Information für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte 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.

Hinweis zur Terminvereinbarung:

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.

Recall:

Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen.

Ja: bitte informieren sie mich Nein:

per Postkarte

per Email

E-Mail: _____

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO Datenschutzverordnung:

Im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis müssen personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.

Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind.

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b) 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. 2h) 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.

Ich berechtige Sie ferner bis auf Widerruf, meine gespeicherten Behandlungsdaten bei Bedarf zur Weiterbehandlung einem Kollegen zu übergeben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aufnahmenbogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina Pectoris? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____ Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____		

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

Datum: _____ Unterschrift: _____