



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. *Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.*

PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl, Ort _____ E-Mail _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____ Telefon (Arbeitsplatz) _____

Beruf, Arbeitgeber _____

Hausarzt, Ort _____

Privat versichert: Basistarif Standardtarif
Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflichtversichert

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie zur Erinnerung an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen in unser Vorsorge-System aufzunehmen.

Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten

gemäß Art. 6, 7 Abs.1 lit. A DSGVO

Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen für den Zweck
Der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen an die externe Verwaltungsunternehmen (PVS dental, MCC Medical Care Capital, Privadis opta data factoring GmbH) der Zahnarztpraxis zu.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin daraufhingewiesen wurde, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mit 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).

Bitte beachten Sie die Rückseite

Freundliche Zahnärzte für Ihr schönstes Lächeln



ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engwinkelglaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen/Chemotherapie/Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Hals-,		
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasen-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis/-prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostizierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
Haben Sie Allergien?	Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar		
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>	

Welche anderen Medikamente nehmen Sie? _____

UMFRAGE

	Ja	Nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
<input type="checkbox"/> Empfehlung von _____		
<input type="checkbox"/> Internet		
<input type="checkbox"/> Telefonbuch		
<input type="checkbox"/> Gelbe Seiten		
<input type="checkbox"/> Google		
<input type="checkbox"/> Jameda		
<input type="checkbox"/> _____		
Haben Sie unsere Homepage besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Ihnen gefallen? _____		
Fanden Sie, was Sie gesucht hatten? _____		
Was hat Ihnen besonders gefallen? _____		
Gab es etwas, was Ihnen fehlte oder nicht gefiel? _____		

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis **loben** würden, was wäre das? _____

Nach Ihrem ersten Eindruck, wenn Sie irgendetwas in unserer Praxis **verändern** würden, was wäre das? _____

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.