

Anmeldebogen



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname des Patienten geb. am _____

Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) geb. am _____

Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Telefon / Handy Email-Adresse _____

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse _____

Beruf Arbeitgeber Hausarzt _____

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | Ja | nein | ggf. ergänzende Angaben |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs | ☐ | ☐ | _____ |
| 2. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose) | ☐ | ☐ | _____ |
| 3. Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen) | ☐ | ☐ | _____ |
| 4. Allergien (auch gegen Arzneimittel) | ☐ | ☐ | _____ |
| 5. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?) | ☐ | ☐ | _____ |
| 6. Sonstige Erkrankungen (z.B. Schrittmacher) | ☐ | ☐ | _____ |
| 7. Besteht eine Schwangerschaft? | ☐ | ☐ | _____ |
| 8. Haben Sie Angst? | ☐ | ☐ | _____ |
| 9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? | ☐ | ☐ | _____ |
| 10. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? | ☐ | ☐ | _____ |

11. Möchten Sie von uns in ein Recallsystem aufgenommen werden (kostenfrei)? – ist nur möglich, wenn eine Handynummer und Email-Adresse angegeben ist

☐ Email / SMS ☐ Nein

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Jede Veränderung meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit. Mir ist bekannt, dass die Betäubung eines Zahnes die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen kann. Hinweis für Basistarif-/ Postbeamtenversicherte sowie Patienten mit Reise- oder Notfallversicherungen: diese Versicherungsbedingungen werden von uns nicht angenommen – ausgenommen für Notfallbehandlungen. Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder 24h vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (**Ausfallgebühr - 100€**) in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank. Ihr Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, beziehend auf das DSGVO (Datenschutzgesetz), geltend ab 25.05.18 – siehe Rückseite!

Bitte wenden!

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir 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). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und gegebenenfalls elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Ort:

Datum:

Unterschrift: