

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Für einen komplikationslosen Behandlungsablauf benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte beantworten Sie uns dazu folgende Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name Ihrer Krankenkasse
Wohnort	Straße	Tel. privat	
Beruf	Arbeitgeber	Tel. geschäftlich	
E-Mail Adresse		empfohlen von	

Mitversichert bei:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Haben Sie eine Zusatzversicherung?..... ja nein
 Sind Sie freiwillig versichert?..... ja nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Sind Sie beihilfeberechtigt?..... ja nein
 Haben Sie Spezialtarife oder Zusatzabkommen?..... ja nein

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?..... ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wer ist Ihr Hausarzt (Name und Tel.)? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?..... ja nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?..... ja nein

Werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten (Osteoporose/ Tumor) behandelt?..... ja nein

Sind Sie allergisch auf Medikamente oder sonstige Stoffe?..... ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Leiden Sie an Asthma?..... ja nein

Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hohem Blutdruck, Atemnot?..... ja nein

Wenn ja, bitte genauere Angaben _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:

Diabetes..... ja nein

Nierenerkrankung..... ja nein

Hepatitis..... ja nein

TBC..... ja nein

HIV/Aids..... ja nein

Sonstige Erkrankungen? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?..... ja nein

Haben Sie eine Endoprothese?..... ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ ja nein

Bluten Sie leicht oder lange nach Verletzungen?..... ja nein

Haben Sie Betäubungsspritzen beim Zahnarzt bisher immer gut vertragen?..... ja nein

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenbilder der Zähne angefertigt..... ja nein

Liegt eine Schwangerschaft vor?..... ja nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Möchten Sie von uns per E-Mail oder Brief an die nächste Routinekontrolle oder Zahnreinigung erinnert werden? (Recall)..... ja nein

Meine Patientenakte darf auch von der zahnärztlichen Kollegin in der Praxisgemeinschaft eingesehen werden..... ja nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und erklären Ihr Einverständnis, dass bei vereinbarten Terminen, die nicht mindestens 24 h vorher abgesagt werden, eine Ausfallgebühr von 75€ ja angefangener halben Stunde verlangt werden kann.

X

Datum, Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs.2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten erhalten kann, die über mich gespeichert wurden. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

X

Datum, Unterschrift des Patienten