

PERSÖNLICHE DATEN

Patient, Name	Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon, privat	Mobil
Beruf	Arbeitgeber	Telefon, beruflich	
<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert		
	<input type="checkbox"/> Selbst		
	<input type="checkbox"/> Familienversichert über:		

Versicherter, Name	Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
Krankenkasse/ Versicherung	Beihilfe/ Zusatzversicherung		
Hausarzt			

WIE WURDEN SIE AUF MEINE PRAXIS AUFMERKSAM?

- Bereits Patient Freunde/ Familie Internet Sonstiges: _____

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne wichtig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnstellung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie sich nur eine Behandlung der zurzeit vorhandenen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte nennen Sie den Grund Ihres Zahnarztbesuches:		

WÜNSCHEN SIE EINE BESONDERE BERATUNG?

<input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/> Zahnersatz/ Implantate
<input type="checkbox"/> Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/> Sportzahnmedizin
<input type="checkbox"/> Materialverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung/ Bleaching
<input type="checkbox"/> Zahnstellungskorrektur (Invisalign)	<input type="checkbox"/> Mundgeruch (Halitosis)
<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Bitte beachten Sie die **Rückseite!**



HABEN ODER HATTEN SIE FOLGENDE ERKRANKUNGEN/ DIAGNOSEN?

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gewissenhaft, um eine optimale medizinische Betreuung zu ermöglichen.

Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Asthma oder Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Lebererkrankung/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Migräne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ohrgeräusche (Tinnitus)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Typ?
Schilddrüsenüberfunktion/ Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Behandlung diesbezüglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere nicht hier aufgeführte Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schwanger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche Woche?

Teilen Sie uns bitte umgehend mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat. Das Gleiche gilt bei einer eventuell vorliegenden Schwangerschaft.

HINWEISE ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen (Lokalanästhesie) oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.



HINWEISE ZUR PRAXISORGANISATIONEN

Den mit uns vereinbarten Termin haben wir ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Wenn Sie diese Zeiten nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Sollten Sie diese Frist nicht einhalten behalten wir uns vor, Ihnen den entstandenen Honorarverlust in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter bei Minderjährigen

DATENSCHUTZ

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten werden. Die dadurch gesparte Zeit können wir dann Ihnen persönlich zugutekommen lassen. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

RECALL

Liebe Patientin, lieber Patient,
haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch und/oder die Professionelle Zahnreinigung/Parodontosebehandlung?
Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne!

Patient/in:

Patient, Name

Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, privat

Mobil

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service postalisch, elektronisch oder telefonisch teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter bei Minderjährigen



Bitte beachten Sie die Rückseite!

EXTERNER ABRECHNUNGSSERVICE

Patient/in:

Patient, Name	Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon, privat	Mobil

Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen für den Zweck der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen an die externe Verwaltungskraft:

BFS Abrechnungs GmbH
Lacesstraße 8-12
31137 Hildesheim

der Zahnarztpraxis zu.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter bei Minderjährigen

