

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

_____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/ dienstlich _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse

oder Versicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden? ja nein

Erklärung zum Recall System: Ich bin bereit, an ihrem Recall-Service teilzunehmen. Ich erkläre mich einverstanden per Post, Telefon oder E-Mail an bestehende oder zukünftige Termin erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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

Erklärung zur Speicherung der personenbezogenen Daten: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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

Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Versichertenkarte zur ersten Behandlung im Quartal. 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 (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. **24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bitte wenden ►

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausarzt/ Facharzt:	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? 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)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Stunts ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislaferkrankungen:	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges? _____		
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel-Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Magen-Darmerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schilddrüsenerkrankungen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges? _____		
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Krämpfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges ? _____		
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie), Blutungsarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis / A/ B/ C)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis _____		
Erkrankung des Skeletts:	Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Welche Medikamente nehmen Sie? _____		
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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wo? _____		
Schwangerschaft:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, in welchem Monat? _____		

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

Datum _____ Unterschrift _____