

Patient/In

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Dem Ehepartner darf im Notfall Auskunft erteilt werden? Ja Nein

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl / Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Privat _____ Mobil _____

Krankenversicherung

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert Basistarif: Ja Nein

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____ Telefon geschäftlich* _____

Anschrift Arbeitgeber Postleitzahl / Ort* _____

**Angaben freiwillig*

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems? Ja Nein

Haben Sie zu hohen Blutdruck (Hypertonie)? Ja Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids usw.)? Ja, welche: _____ Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie innere Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus usw.)? Ja Nein

Leiden Sie unter Überempfindlichkeiten / Allergien? Ja, welche: _____ Nein

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Biophosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? Ja Nein

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja, welche: Nein
- Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente ein? Ja, welche: Nein
- Wurde bei Ihnen in den letzten Jahren eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein
- Befinden Sie sich in der Schwangerschaft? Ja, im Monat. Nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:

- Bleaching / Zahnaufhellung Amalgamaustausch und Alternativen
- Kinderprophylaxe Implantate
- Gold- bzw. Keramikinlays Veneers
- Professionelle Zahnreinigung

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

- Empfehlung von Werbung. Wenn ja, welche?
- Internet Sonstiges:
- Wünschen Sie eine Aufnahme in unser „Termin-Erinnerungssystem“? Ja, ich unterschreibe: Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (von ca. 85,00 € je Behandlungsstunde) in Rechnung gestellt werden.

Ich (Patient / Patientin) wurde darüber aufgeklärt, dass ich bei Nichtvorlegen eines gültigen Behandlungsausweises (Krankenversichertenkarte) zu Behandlungsbeginn verpflichtet bin, diesen innerhalb von 10 Tagen unverzüglich nachzureichen. Komme ich dieser Aufforderung nicht nach, so werden mir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

Datum

Unterschrift