



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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: M W Geb.: ____ / ____ / ____ Geb.-Ort: _____

Straße: _____ Ort: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____ E-Mail: _____

Telefon (priv.): _____ Telefon (gesch.): _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Krankenkasse: _____

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: M W Geb.: ____ / ____ / ____

Straße: _____ Ort: _____

Ja, ich möchte darüber informiert werden, wenn es neue und bessere zahnmedizinischen Versorgungen gibt, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Ja, bitte informieren Sie mich über das Prophylaxeprogramm.

Ja, bitte erinnern Sie mich an meine nächste Kontrolluntersuchung. Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen/Behandlungen telefonisch, schriftlich über E-Mail oder per SMS hingewiesen zu werden (Sichern Sie Ihren Bonusanspruch).

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

! WICHTIGE INFORMATION ZUM PRAXISABLAUF

- Um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten und Wartezeiten zu minimieren, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten Sie, falls Termine nicht eingehalten werden können, diese mindestens 24h vorher abzusagen. Wir haben die Möglichkeit, Ihnen nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenverordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen, auch wenn Sie gesetzlich versichert sind. Als Service behalten wir uns vor, Sie an vereinbarte Termine (per Mail, SMS, Telefon) zu erinnern. Bitte haben Sie Verständnis, dass Akutpatienten mit Schmerzen ebenso behandelt werden müssen, wodurch es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen kann.

! INFORMATION FÜR KASSENPATIENTEN

- Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch nach 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit meiner Daten und dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum / Unterschrift

! EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG GEMÄSS EU-DSGVO:

- Die Erhebung und Speicherung von personenbezogenen Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b) EU-DSGVO notwendig. Dies sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind und ohne die eine Behandlung nicht möglich ist. Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein. Die vollständige „Datenschutzerklärung“ ist in der Praxis einsehbar. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Falls sich Änderungen ergeben, verpflichte ich mich diese mitzuteilen.

Datum / Unterschrift

BITTE WENDEN

AUFNAHMEBOGEN

Hausarzt?

Name: _____ Telefon: _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen _____

Stationäre Behandlung (Krankenhaus) im letzten Jahr? nein ja, wann _____

Liegt ein Pflegegrad vor? nein ja, welcher _____

Allgemeiner Gesundheitszustand:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Niedriger Blutdruck (Hypotonie) weder noch

Herzklappenerkrankung/-operation/-schrittmacher nein ja

Blutgerinnungsstörung nein ja, welche? _____

Asthma / Lungenerkrankung nein ja, welche? _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja

Epilepsie nein ja

Diabetes nein ja

Nierenfunktionsstörung oder Magen-Darm-Erkrankung nein ja, welche? _____

Osteoporose / Tumorerkrankung nein ja, was? _____

Augenerkrankung / Grüner Star nein ja, was? _____

Chronische Erkrankungen nein ja, welche? _____

Allergie / Unverträglichkeit:

Lokalanästhetika nein ja, welches? _____

Schmerzmittel nein ja, welches? _____

Antibiotika nein ja, welches? _____

Andere nein ja, welche? _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum / Alkoholgenuss / Rauchen nein ja, was und wie viel? _____

Arbeiten Sie in der Landwirtschaft (z. B: Mastbetrieb) nein ja

Schwangerschaft nein ja, wievielte Woche? _____

Nehmen Sie rglm. Medikamente (bes. Bisphosphonate) ein? nein ja, welche? _____

Infektionserkrankungen:

HIV nein ja, Höhe der Viruslast? _____

Hepatitis, Tuberkulose oder Andere nein ja, welche? _____

Datum / Unterschrift

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!