

Anmeldeformular

Patient	Hauptversicherter/ Rechnungsempfänger
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Telefon:	Telefon:
Beruf, Arbeitgeber:	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/> Branchenbuch <input type="checkbox"/> Internet
Dienstliche Tel.- Nr.:	
E-Mail:	Haben Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? 5 Jahre, 10 Jahre? (zutreffendes bitte unterstreichen)
Krankenkasse:	
Zusatzversicherung:	

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an. Wünschen Sie diese Erinnerung durch:

Brief	Mail
Ich möchte nicht erinnert werden.	

Ich bin bereit, an Ihrem Erinnerungs-Service 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).

Krölpa, denUnterschrift.....

Anamnese

Dieses Anamnese-Formular dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie es gut durch und füllen es sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien (Aspirin, Penicillin, Jod,...)
Welche?..... | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tbc,...) Welche?..... | <input type="checkbox"/> Herzfehler mit Endokarditisrisiko |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ Schlaganfall/ Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung (Leukämie, Anämie,...) | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen/ Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magen-, Darm-, Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Migräne |
| | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| | <input type="checkbox"/> Rheuma |

- Schilddrüsenerkrankung
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
.....
ASS100 / Marcumar
- Sonstige:
-

- Besteht eine Schwangerschaft ?
- Nehmen Sie Kontrazeptiva (Anti-Baby-Pille)
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?.
- Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?
- Konsumieren Sie Drogen?
- Schnarchen Sie?

- Leiden oder litten Sie an einer
Krebserkrankung?
- Sonstige Angaben oder Krankheiten?
Welche?
.....

Zahnärztliche Anamnese: (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Weshalb kommen Sie zu uns (Hauptanliegen)?
.....

- Traten bei zahnärztlichen Behandlungen
Probleme auf?
Wenn ja, welche.....
- Haben Sie empfindliche Zähne oder
Zahnhälse?
- Leiden/ Litten Sie an einer
Kieferhöhlenerkrankung?
- Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Sind Ihre Zähne gelockert?
- Hatten Sie Entzündungen mit Anschwellen des
Zahnfleisches?
- Hatten Sie frühere Zahnfleischbehandlungen?
Wenn ja, wann?
- Leiden Sie öfters unter Aphten / Herpes?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?
- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk?

- Hatten Sie jemals einen Unfall im Bereich des
Gesichts oder des Kiefers?
- Leiden Sie an Tinnitus (Ohrgeräusche)?
- Wurden die Zähne in den letzten 12 Monaten
geröntgt?
- Wenn wir diese Röntgenaufnahmen anfordern
sollen, dann bitten wir um die Adresse des
bisherigen Zahnarztes:
.....
.....
.....
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?
im Oberkiefer seit Jahren
im Unterkiefer seit Jahren
- Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz?
im Oberkiefer seit Jahren
im Unterkiefer seit Jahren
- Haben Sie vor einer zahnärztlichen
Behandlung extreme Angst?

Sollten Sie einmal verhindert sein und einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Frühzeitig abgesagte Termine können dann ggf. anderweitig vergeben werden. Falls die Absage zu spät oder gar nicht erfolgt, müssen wir Ihnen das entsprechende Honorar in Rechnung stellen.

Krölpä, denUnterschrift.....

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflichten durch Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientenakten durch ordnungsgemäße Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an mitbehandelnde Zahnarztpraxen und Dentallabore einverstanden.
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).

Krölpä, denUnterschrift.....