

Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Tel _____

Hinweise zur Organisation

Wie möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Telefon Post E-Mail

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn rechtzeitig vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass der Termin anderenfalls in Rechnung gestellt werden kann. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigend sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Für Neupatienten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen: _____

Internet Telefonbuch Sonstiges _____

Anmeldebogen

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine...

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung weiteres _____

Bitte beraten Sie mich zu den Themen:

Prophylaxe Zahnästhetik Zahnersatz Implantate
 Kiefergelenk Schnarchen Zahnfleischbluten abdruckfreie Zahnmedizin
 weiteres _____

Allgemeinerkrankungen

Haben Sie Erkrankungen

des Herzens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
der Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
des Blutzuckers (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
der Niere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
der Leber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
des Magen-Darmtraktes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges _____

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? ja nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (u.a. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten (u.a. gegenüber Medikamenten oder Spritzen) bekannt?

ja nein wenn ja, gegen welche? _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

blutverdünnende Medikamente Herzmedikamente Antiepileptika
 Immunsuppressiva Antidepressiva Bisphosphonate

Sonstiges _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein wenn ja, in welcher Woche? _____

Fragen / Anregungen: _____

Sie können die Datenschutzerklärung auf unserer Website einsehen: www.zahnzentrum-viersen.de

Datum

Unterschrift

Datenschutz

Patient/in:

Name / Vorname _____

Adresse _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der medizinischen Analyse / medizinischen Behandlung 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.

Ort

Datum

Unterschrift