

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Um Ihnen eine adäquate und risikoarme Behandlung zukommen zu lassen, nehmen Sie sich bitte die Zeit und füllen diesen Anmeldebogen sorgfältig aus.

Alle Angaben, die Sie tätigen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten des Patienten:

Name, Vorname

männlich weiblich divers

Straße, Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Telefon beruflich

Name der Krankenkasse/Versicherung

Ich bin gesetzlich versichert

Ich habe Kostenerstattung gewählt

Ich bin privat versichert

Ich bin Basistarif-Versicherter

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin privat zusatzversichert für:

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Kontaktdaten des Versicherten:

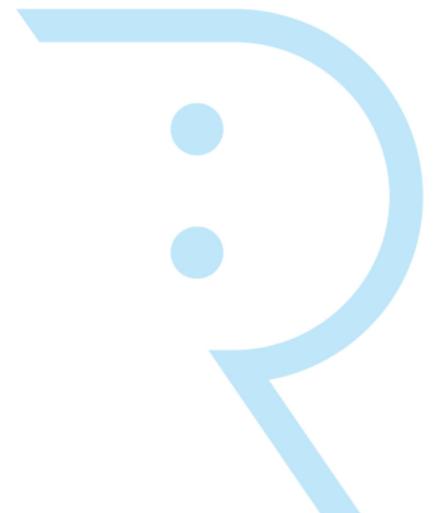
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

m w d

Allgemeine Gesundheitsfragen

Stehen Sie momentan unter ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Medikamentenliste vorhanden?

Nehmen Sie momentan regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder Tumorerkrankungen ein? Wenn ja, welches Medikament?

Besteht bei Ihnen eine Allergie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente? Wenn ja, gegen welche?

Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welches Medikament?

Haben Sie sonstige Krankheiten oder Allergien, die für Ihre zahnmedizinische Behandlung von Interesse sein könnten?

Name des Hausarztes

Anschrift des Hausarztes (Ort)

Würden Sie gerne etwas an Ihren Zähnen ändern?

Ja Nein Keine Angabe

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Google |
| <input type="checkbox"/> Außenwerbung | <input type="checkbox"/> Empfehlung von <input type="text"/> | |



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Ruscher meine Daten zur Erfüllung des Behandlungsauftrages, zur Patientendokumentation und Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen verarbeitet und nutzt. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder Abrechnungsfirma weitergegeben und übermittelt werden.

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).

Datum

Unterschrift

Zu Ihrer Information

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis vorlegen. Liegt uns diese 14 Tage nach Ihrer Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung über erbrachte Leistungen.

Bei einigen zahnärztlichen Behandlungen kann Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr bis zu 24 Stunden beeinträchtigt werden. Dies kann durch die Behandlung selbst oder durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Daten, sowie die Kenntnisnahme der in der unter "Zu Ihrer Information" geschriebenen Informationen.

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie noch die letzte Seite von unserer Abrechnungsstelle (kleiner Zettel), welche Sie nur unterschreiben müssen.

