

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns bestmöglich auf Ihre Behandlung vorbereiten können, möchten wir Sie bitten, den rückseitigen Fragebogen vollständig auszufüllen und die Aufklärungen aufmerksam durchzulesen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher absolut vertraulich behandelt.

Achtung: Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Art und den Umfang der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in unserer Praxis zu informieren. Zu diesem Zweck haben wir in unserem Wartebereich die entsprechenden Informationen für Sie zum mitnehmen ausgelegt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten und Weiterleitung an Dritte falls erforderlich stimme ich zu. Ich bin damit einverstanden, dass die vertraulich behandelten Daten elektronisch in der Praxis gespeichert werden. Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend zu informieren und vereinbarte Termine einzuhalten.

Bitte beachten Sie: Wir sind eine Bestellpraxis.

Termine, die Sie nicht einhalten können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da hier ansonsten die entstandenen Kosten nach § 615 in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

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

Datum _____ Unterschrift _____



Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bitte Rückseite ausfüllen

Cave:

Grund des Zahnarztbesuches:

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Nachname, Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum, Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	

Name der Krankenkasse / Versicherung gesetzlich privat versichert
Ich habe eine Zahnzusatzversicherung: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
Familie / Freunde
Überweisung

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

	Ja	Nein
Herz-Kreislauf (Schrittmacher, Herzfehler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktose- Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen (z.B. Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?	_____	

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Blutungsneigung (Marcumar, Aspirin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?	_____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?	_____	
Besitzen Sie einen Medikamentenausweis ? (Bitte vorlegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich wünsche, in das bei Ihnen vorhandene Recall System (Erinnerung an zu vereinbarende Kontrolltermine) aufgenommen zu werden. **Ja** **Nein**

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum _____ Unterschrift _____