

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 w

Nachname, Vorname (Versicherter) Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Name der Krankenkasse / Versicherung gesetzlich privat versichert

Wurde oder wird Ihr Kind 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"/>
Schilddrüsenkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche? _____		

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand	Ja	Nein
Leidet Ihr Kind 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? _____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche? _____		

Sind Sie mit einer **Fluoridierung** der Zähne Ihrer Kinder einverstanden?

Ja **Nein**

Bei Notwendigkeit (nach vorheriger Absprache) bin ich damit einverstanden, dass ein Röntgenbild bei meinem Kind angefertigt wird.

Ja **Nein**

Ich wünsche, in das bei Ihnen vorhandene Recall System aufgenommen zu werden. Die Erinnerung des Kontrolltermines erfolgt schriftlich oder per E- Mail.

Ja **Nein**

Für Patienten, die vom Hauszahnarzt zu uns überwiesen wurden:

Mit einer schriftlichen Benachrichtigung im Anschluss der Behandlung an den überweisenden Arzt/ Hauszahnarzt bin ich einverstanden

Ja **Nein**

Name des überweisenden Zahnarztes / Arztes _____

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

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____