



ANMELDEFORMULAR

PATIENT

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

VERSICHERTER

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen

Gesetzliche Versicherung

Zusatzversicherung

Private Versicherung

Basistarif

Krankenkasse/-versicherung: _____

Hausarzt/andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind: _____

* Freiwillige Angabe - sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Die Fragen dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diese gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie uns. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Haben oder hatten Sie jemals Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? _____ | | |
| 3. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hatten/haben* Sie ein Leberleiden? (Gelbsucht, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie an Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Zutreffendes bitte unterstreichen | | |
| 5. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (z.B.nach Verletzungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Hatten/haben* Sie Tuberkulose (Tbc)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie an Diabetes mellitus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Zutreffendes bitte unterstreichen | | |
| 7. Leiden Sie an grünem Star? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Leiden Sie an Aids* oder sind Sie HIV Positiv*? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * Zutreffendes bitte unterstreichen | | |
| 9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Leiden Sie an Krankenhauskeimen (z.B. MRSA)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | | 17. Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder deren Varianten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen, wie z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung oder hat sich Ihr Gesundheitszustand irgendwie verschlechtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | (Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit) | | |
| | | | 20. Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 21. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

BITTE WENDEN

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

Ort | Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der **PRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN DR FLORIAN KOMPASZ**.