

# Anmeldung

Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Mitgliedname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beamter : \_\_\_\_\_ Basistarif?  Beihilfe

Zusatzversicherung  Email Adresse: \_\_\_\_\_

empfohlen durch: \_\_\_\_\_

## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus!

### **Leiden Sie an:**

hoher oder niedriger Blutdruck

Leberkrankheiten

Herzschrittmacher

Herzmuskel -oder Klappenentzündung

Blutkrankheit/Blutungsneigung

Glaukom (grüner Star)

Ohnmachtsneigungen

Rheuma

Abhängigkeit von Suchtmitteln

Infektionskrankheiten

Hepatitis  A,  B,  C

TBC/Gelbsucht/HIV etc

Epilepsie

besteht eine Schwangerschaft

Woche/Monat

Diabetes

Schilddrüsenerkrankungen

Schnarchen Sie oder leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?

Nehmen Sie Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien oder Medikamentenunverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja  nein

### **Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt:**

Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie des strengen Bestimmungen des Datenschutzes, auch im Hinblick auf die EDV Erfassung Ihrer Daten.

Durch neue Gesetzesbestimmungen müssen wir aufgrund eines neuen Datenschutzgesetzes uns absichern, dass Ihre Behandlungsunterlagen im Krankheitsfall eines Behandlers und oder im Fall der Veräußerung der Praxis/Anteile an den Behandlungsvertreter bzw. Praxiserwerber weitergegeben werden können.

Ich bin damit einverstanden:

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

Aus organisatorischen Gründen erfolgt das Rechnungswesen über das zahnärztliche Rechenzentrum! Bitte beiliegende Einverständniserklärung beachten!

### **Recall:**

Wollen Sie regelmäßig von uns an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungstermine erinnert werden?

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_