



Herzlich Willkommen in unserer Praxis Zahnärzte am Sanderrassen

Persönliche Daten

Patientennummer:

Name des Patienten		Geburtsdatum	
Name des Versicherten/Zahlungspflichtigen/gesetzlichen Vertreters		Geburtsdatum	
Straße Wohnort PLZ			
Telefon (Privat)	Telefon (Mobil)	Beruf	Email Adresse

Versorgungsart

Art der Versicherung	Hausarzt
☐ Gesetzliche Versicherung: _____	_____
☐ Private Versicherung: _____	_____
☐ Zahnärztliche Zusatzversicherung: _____	_____
☐ Beihilferechtigt: _____	Kontakt Daten des Hausarztes

Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor? Nutzen Sie das Freifeld für genauere Informationen:

- Auge (Glaukom/Grüner Starr)	_____	☐ ja	☐ nein
- Herz (Herzpass vorhanden?):	_____	☐ ja	☐ nein
- Blutdruck:	_____	☐ ja	☐ nein
- Blutgerinnung:	_____	☐ ja	☐ nein
- Lunge (Asthma u.a.):	_____	☐ ja	☐ nein
- Leber (Gelbsucht u.a.):	_____	☐ ja	☐ nein
- Niere:	_____	☐ ja	☐ nein
- Andere:	_____		

2. Leiden Sie an:

- Diabetes:	_____	☐ ja	☐ nein
- Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten:	_____	☐ ja	☐ nein
- Rheumatischen Erkrankungen:	_____	☐ ja	☐ nein
- Entzündlichen/übertragbaren Krankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis u.a.):	_____	☐ ja	☐ nein
- Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Einnahme Bisphosphonate/Antiresorptiva auch in der Vergangenheit):	_____	☐ ja	☐ nein
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson, Multiple Sklerose u.a.):	_____	☐ ja	☐ nein

3. Haben Sie implantierte/künstliche Gelenke? _____ ☐ ja ☐ nein

4. Sind Ihnen Spritzenreaktionen bekannt? _____ ☐ ja ☐ nein

- Wurden Sie ohnmächtig?	_____	☐ ja	☐ nein
- Wurde Ihnen schlecht (Übelkeit)?	_____	☐ ja	☐ nein

5. Besteht eine Schwangerschaft? _____ ☐ ja ☐ nein

6. Nehmen Sie Medikamente ein und liegt ein Medikationsplan vor? _____ ☐ ja ☐ nein

- Wenn ja, welche?	_____	☐ ja	☐ nein
- Bekommen Sie Medikamente gegen eine Knochenerkrankung (z.B. Bisphosphonate/Antiresorptiva auch in Vergangenheit)	_____	☐ ja	☐ nein
- Nehme Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?	_____	☐ ja	☐ nein

7. Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Röntgenaufnahme durchgeführt? Wenn ja, wann? _____ ☐ ja ☐ nein

8. Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? Wenn ja, wann? _____ ☐ ja ☐ nein

Praxis

9. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____ ☐ ja ☐ nein

10. Möchten Sie an Ihre (halb-) jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden? Wenn ja, über welches Medium? ☐ Brief ☐ Email

Unterschrift

Bitten teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite.

Bei gravierenden Terminausfällen ohne rechtzeitige Absage behalten wir uns die Berechnung einer Ausfallgebühr vor!

Ort Datum	Unterschrift Patient Versicherter Zahlungspflichtiger gesetzlicher Vertreter
-------------	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsvertrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkasse oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort | Datum

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigter | Versicherter



ZAHNÄRZTE AM SANDERRASEN