

Anmeldeformular

Angaben zu Ihrer Person:

Titel/Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Für ausländische Patienten: (gesprochene Sprachen) _____

Mobiltelefon : _____ / _____

E-Mail Adresse : _____ @ _____

Schüler: Welche Schule? _____

Student: Welcher Studiengang? _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherungsverhältnis:

privat versichert bei: _____ gesetzlich versichert bei: _____

evtl. *abweichende* Rechnungsadresse:

Empfänger: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich komme durch: Zufall Homepage

und/oder: Weiterempfehlung : _____

Angaben zu Ihrer Terminverwaltung & Behandlung:

Ich möchte an den Ablauf meines individuellen Prophylaxeintervalls erinnert werden.

Ich möchte eine Betäubungsspritze: möglichst immer lieber ohne

Sollten Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Haben Sie **heute** bereits ein Medikament eingenommen? NEIN JA Welches? _____

Ich führe eine moderne Bestellpraxis und bin bemüht, Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns ein Leerlauf anfällt. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 1 Tag im Voraus. Bei nicht abgesagtem Fernbleiben müssen wir den entstandenen Ausfall berechnen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Als Ihr Zahnarzt injiziere und verschreibe ich Medikamente, die mit Ihren eventuell vom Hausarzt verordneten Medikamenten unverträglich sind oder deren Wirkung beeinflussen können. Es gibt auch Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen. Ohne Ihre genauen Angaben kann ich Sie nicht mit aller gebotenen Sicherheit behandeln.

Name Ihres behandelnden Hausarztes und bisherigen Zahnarztes:

_____ / _____

Nehmen Sie fortlaufend Medikamente ein, wenn ja welche?

Allergie, gegen: _____

Medikamentenüberempfindlichkeit: _____

Leiden Sie an:	JA	NEIN
----------------	----	------

Blutgerinnungsstörung, Hämophilie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------

Nehmen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar, Heparin, Aspirin, ASS, Plavix, Xarelto, Eliquis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Kopfschmerzen, Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------	-----------------------	-----------------------

Herz,- Kreislauferkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------	-----------------------

Wie hoch war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung?: _____

Diabetes (Blutzuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------	-----------------------	-----------------------

bakterielle Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------	-----------------------	-----------------------

Depressionen, Angstzustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------	-----------------------

Würgereiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------	-----------------------	-----------------------

Tumorerkrankung genau: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------	-----------------------

Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	-----------------------

Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	-----------------------

Herpes (Lippenbläschen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------	-----------------------	-----------------------

Infektionskrankheiten (Hepatitis, erworbene Immunschwäche (HIV, AIDS, Tuberkulose, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Magen-, Darm-, Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------	-----------------------

genau: _____

Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------	-----------------------	-----------------------

sonstige Erkrankung: _____

Besteht ein Impfschutz gegen Hep. A / Hep. B / Hep. C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Besteht ein Impfschutz gegen Covid-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

bei Frauen: Schwangerschaft / Monat: _____ Stillen Sie noch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Wurden Sie in der letzten Zeit operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Fragen zu früheren zahnärztlichen Behandlungen und zum Zustand Ihrer Zähne

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? _____ Wenn Ja, gibt es eine konkrete Ursache dafür?

:

Ich war zuletzt _____ beim Zahnarzt.

Wann erhielten Sie Ihre letzte Füllung wegen einer Karies? _____

Wann wurde Ihnen zum letzten Mal ein Zahn gezogen? _____ Warum? _____

Leiden Sie momentan unter Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? ____ Seit wann? _____

Leiden Sie manchmal / öfters unter Zahnfleischbluten (z.B. nach dem Zähneputzen?) _____

Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack? _____

Wurden Sie schon einmal wegen Parodontose/Parodontitis behandelt? _____

Liegt eine Familiär-bedingte Parodontose/Parodontitis vor? _____

Fühlen Sie sich manchmal eingeschränkt in den Bewegungen Ihres Kiefers? _____

Knackt Ihr Kiefergelenk manchmal? ____ Haben Sie dann Schmerzen? _____

Leiden Sie häufiger unter Verspannungen im Kopf-/Hals-/Nackengebiet? _____

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? _____

Wie kommen Sie mit Ihrem Zahnersatz zurecht? _____

Würden Sie gerne wieder festsitzenden Zahnersatz bekommen? _____

Würden Sie bei entsprechendem Zahnverlust herausnehmbaren Zahnersatz akzeptieren? _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____ Wenn Ja, welche? _____

Übernimmt diese Prophylaxeleistungen? _____

Kennen Sie die regelmäßige professionelle Zahnreinigung? _____ Hatten Sie bereits eine? _____

Rauchen Sie? _____ Trinken Sie regelmäßig Kaffee oder Tee? _____

Was stört Sie am meisten an Ihren Zähnen? _____

Was gefällt Ihnen am besten an Ihren Zähnen? _____

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

aktualisiert (jährlich):

Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Krankenversicherungsverhältnis, die allein zum Zwecke der Durchführung des von Ihnen gewünschten Behandlungsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Angaben zu Beruf und Arbeitgeber sind grundsätzlich nicht notwendig und erfolgen freiwillig. Wir erheben weiterhin Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, die für unsere Behandlung relevant sind. Diese Daten und Aufzeichnungen über Ihre Behandlung, diagnostische Unterlagen usw. werden bei uns elektronisch gespeichert.

Datenweitergabe

Ihre Daten werden von uns nicht weitergegeben, außer es ist gesetzlich vorgeschrieben oder Sie stimmen einer Datenweitergabe zu.

Gesetzlich Versicherte/ Patienten mit Arbeitsunfällen: Der Gesetzgeber schreibt eine umfangreiche Datenerfassung, -weitergabe und Auskünfte zum Zwecke der Abrechnung und Prüfung vor. Wir halten uns an den gesetzlichen Rahmen.

Private Krankenversicherungen, Beihilfe: Auskünfte an Kostenträger erfolgen nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Andere Ärzte/ Zahnärzte/ Kliniken: Daten werden außer bei einem medizinischen Notfall nur mit Ihrer Zustimmung weitergegeben, z.B. bei einer Überweisung.

Zahntechnische Labore: Es werden zum Zwecke der Rechnungsstellung Ihr Name und Ihr Vorname übermittelt, ggf. elektronische Bilddateien Ihrer Behandlungssituation. Unsere Partner unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht. Es werden die zur Anfertigung der jeweiligen Arbeit notwendigen Arbeitsunterlagen analog und/oder digital übermittelt (Abformungen, Modelle, etc.).

Inkasso: Prinzipiell werden Ihre Rechnungen von uns erstellt und von unserer Abrechnungsstelle Mediserv (Infoblatt beiliegend) verbucht. Befinden Sie sich mit der Zahlung einer Rechnung schuldhaft im Verzug, so behalten wir uns vor, die notwendigen Daten zu Beitreibung an ein Inkassobüro, einen Anwalt oder an ein Gericht weiterzugeben.

Software-Dienstleister: Zum Zwecke der Wartung unseres Computersystems kann es erforderlich sein, externen Dienstleistern Zugriff auf unser System zu gewähren. Diese Dienstleister wurden von uns zur Geheimhaltung verpflichtet und dürfen Daten aus unserem System nicht speichern oder weitergeben.

Datennutzung zu weiteren Zwecken

Terminerinnerung: Sie erhalten eine Terminerinnerung, wenn Sie dies wünschen.

Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, umfangreiche **Auskunft** zu den, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit uns gegenüber die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln.

Daten, für die eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, insbesondere Behandlungsdaten, können erst nach Ablauf der dafür vorgesehenen Frist gelöscht werden. Der Gesetzgeber schreibt in Deutschland vor, dass Aufzeichnungen über Behandlungen durch uns auch auf Ihren Wunsch nicht geändert werden dürfen.

Datum

Unterschrift