



ZAHNARZTPRAXIS
PIEPENBROCK

Herzlich

Willkommen in unserer Praxis,

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zur Vermeidung eventueller Behandlungsrisiken vollständig und wahrheitsgemäß.

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Anmeldung Patient

Name	Vorname/Titel	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Emailadresse
Tel. privat	Mobil	Beruf
Krankenkasse/PKV	Hausarzt	

Versicherter (Eltern/Ehepartner)

Name	Vorname/Titel	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Tel.Privat

Zahnzusatzversicherung ja nein

Grund meines Zahnarztbesuchs

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolltermin | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> Knirschen/ Pressen | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellungen |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> prof. Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung/ Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Veneers | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |

Einwilligung Teilnahme Recall

Bitte erinnern Sie mich regelmäßig an meinen Kontrolltermin.
Die Teilnahme am Recall kann jeder Zeit widerrufen werden

ja nein

Ärztliche Anamnese

Allergien, welche _____

Medikamente, welche _____

Rauchen Sie? ja nein Zigaretten pro Tag _____

Sind Sie schwanger? ja nein Zigaretten pro Tag _____

Leidern oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Typ <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	
HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Glaukom/Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Reflux	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

der Schutz und Gebrauch Ihrer Daten ist uns wichtig. Zur Wahrung Ihrer Rechte benötigen wir Ihre Einwilligung für die Speicherung und Weitergabe Ihrer Daten im Praxis- und Behandlungsablauf.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck Durchführung und Verwaltung der zahnärztlichen Beratung, Terminvergabe und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (insbesondere der KZV NR), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister, Erteilung erforderlicher Auskünfte durch die Praxis zu.

Die Patienteninformation wurde mir zur Kenntnis gegeben und auf Wunsch ausgehändigt. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen (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