

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme Behandlung.

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Straße

PLZ / Ort

Telefonnummer: _____ **Mobil:** _____

Als Service unserer Praxis bieten wir Ihnen eine Erinnerung per SMS an ihren nächsten Termin an! Wenn Sie das wünschen, dann hinterlassen Sie uns bitte ihre Mobilfunknummer.

Terminerinnerung per SMS? Ja Nein

Gesetzliche Krankenkassen:

- gesetzlich versichert freiwillig versichert privat zusatzversichert
 familienversichert beihilfeberechtigt

Wenn familienversichert, Mitglied angeben: (bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Vor- und Zuname Mitglied: _____

Mitglied geboren am: _____

Privatversichert: (Wenn ja, welche) _____

- Standardtarif Basistarif studentisch versichert

Sie sind uns Wichtig!

Dürfen wir Sie in unseren Recall-Service aufnehmen? Ja Nein

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? (Recall-Service)

telefonisch schriftlich E-Mail _____

Sind Sie Angstpatient? Ja Nein

Ihr Gesundheitscheck – ggf. bitte Herzpass / Allergiepass vorzeigen:

Herzerkrankung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Epilepsie/ Anfallsleiden	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Nebenhöhlenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Magen-Darmerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Augenerkrankung (Grüner Star)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Lungenerkrankungen / Asthma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Diabetes	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Osteoporose (Bisphosphonate)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Blutverdünner, z.B. Marcumar/ ASS	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, Welche	
Rheuma	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob- Krankheit	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
MRSA	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		

Sind Sie Raucher? Ja Nein Wie viele Zigaretten / Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Medikamentenunverträglichkeit?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Allergien?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja _____ Ss-Woche Nein ungewiss

Sofern ich meine Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen nachreiche, willige ich hiermit ein, dass ich mit der Abrechnung meiner Behandlung als Privatpatient einverstanden bin. Die Behandlungskosten werden mir dann privat in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Erlenbach, den _____
Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreterin/er Erziehungsberechtigte/r)

Wichtige Informationen zum Datenschutz!

Ich willige mit meiner Unterschrift der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze (Bundes-datenschutzgesetz BDSG), sowie der Datenschutz-Grundverordnung (EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten sind im Wartezimmer ausgelegt und einsehbar.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann.

Erlenbach, den _____
Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreterin/er Erziehungsberechtigte/r)

Hinweise zu unserem Praxisablauf / Weitere Vereinbarung

Sie kommen zur zahnärztlichen Behandlung in meine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel lange Wartezeiten erspart bleiben.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Erlenbach, den _____
Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreterin/er Erziehungsberechtigte/r)