



Anmeldung

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarzt Praxis.

Die folgenden Daten sind wichtig für Ihre Behandlung in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon	Email	

Versicherter / Zahlungspflichtiger

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Land
Telefon	Email	
Beruf	Arbeitgeber	

Krankenkasse / Krankenversicherung

Versicherung _____

Sind Sie freiwillig versichert?

Sind Sie pflichtversichert?

Sind Sie privat versichert?

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung
- Google Suche
- Google Maps / Google Places
- facebook
- Internet andere
- Branchenbuch
- Ärzteportal
- zufällig / in der Nachbarschaft

Bitte wenden





Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Allergische Reaktionen (z.B. Heuschnupfen)
_____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Epileptiforme Anfälle |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Unverträglichkeit auf folgende Medikamente
und Materialien (z.B. Jod, Penizilin)
_____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bluterkrankung / -gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gelbsucht, Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gelenkerkrankungen (Rheuma) |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nehmen Sie Blutgerinnung hemmende Mittel?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welche Woche? _____ |
| Wurde bei Ihnen eine HIV Erkrankung festgestellt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ihr Hausarzt / Frauenarzt _____
_____ |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | Sonstige Hinweise _____
_____ |

Das Team der Zahnarztpraxis Leo Dental möchte Ihnen stets optimale Behandlungsbedingungen bieten. Dazu gehören auch geringe Wartezeiten und ausreichend Zeit für Sie am vereinbarten Termin. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, den vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es daher unbedingt erforderlich, dass Sie uns **Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem Termin mitteilen**. Gerne vereinbaren wir dann einen neuen Termin für Sie. Sollten Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis setzen, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Termin, so müssen Sie ggf. mit kurzen Wartezeiten rechnen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (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).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich möchte an regelmäßige Kontrolluntersuchungen erinnert werden.

nein ja

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten