

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich

zu gestalten, bitten wir Sie zunächst um einige Informationen!

Bitte füllen Sie den Bogen gewissenhaft aus, denn auch allgemeine Erkrankungen können

Auswirkungen auf die Zahnbehandlung haben! Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben, speichern,

nutzen, übermitteln oder löschen wir personenbezogene Daten zu Ihrer Person, Ihrem

Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich

der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Ihnen etwas unklar sein sollte, wenden Sie sich bitte an eine

Mitarbeiterin.

Persönliches

Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum & Geburtsort

Anschrift des Patienten (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Email

Telefon mobil

Name, Vorname des Versicherten (Ehepartner/Mutter/Vater)

Geburtsdatum

Name, Vorname des Betreuers/Vormunds (falls vorh.)

Anschrift & Telefonnummer

Gesetzlich versichert

Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Privat versichert

Basistarif (Nachweis)

Standardtarif (Nachweis)

Krankenkasse/ Versicherungsgesellschaft

Hausarzt/ ggf.vorheriger Zahnarzt

Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden?



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



Mundgesundheit

Haben Sie ein besonderes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt?

Lachgasberatung

Kiefergelenksprobleme

Sonstiges _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige

Webseite

Facebook/ Instagram

Andere _____

Recallsystem?

Grundsätzlich erinnern wir Sie telefonisch oder postalisch an Ihre Vorsorgetermine (Recall).

Ich wünsche eine Erinnerung per Email

Nein ich möchte generell keine Erinnerung

Allgemeine Gesundheitsfragen

	J	N
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psych. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	J	N
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Für unsere Patientinnen: J / N

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in der wievielten Woche? _____

Terminvergabe – ein Wort in eigener Sache!

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt; so sind wir an Ihrem Termin exklusiv für Sie da und lange Wartezeiten können vermieden werden! Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir darum, diesen mindestens 48 Stunden vorher abzusagen! Nur so kann der Termin anderweitig vergeben werden! Bei einer verspäteten oder nicht erfolgten Absage behalten wir uns aus diesem Grund vor, den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis für dieses Vorgehen, da andernfalls eine reine Bestellpraxis ohne große Wartezeiten unmöglich ist!

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

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Hiermit bin ich 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).

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und das Verständnis der Anmerkungen zur Terminvereinbarung, sowie die Einwilligung zum Speichern Ihrer Daten, mittels Ihrer Unterschrift:

Groß-Bieberau, den: _____

Unterschrift: _____