

# Anmeldebogen



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten geb. am

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) geb. am

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Straße / Nr. PLZ / Ort

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Telefon / Handy Email-Adresse

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Beruf Arbeitgeber Hausarzt

## Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	nein	ggf. ergänzende Angaben
1. Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
2. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
3. Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
4. Allergien (auch gegen Arzneimittel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
5. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
6. Sonstige Erkrankungen (z.B. Schrittmacher)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
7. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
8. Haben Sie Angst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
10. Besitzen Sie ein Bonusheft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
11. Möchten Sie von uns in ein Recallsystem aufgenommen werden (kostenfrei)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
	<input type="radio"/> Email / SMS	<input type="radio"/> Nein	

## 12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Jede Veränderung meiner Angaben teile ich vor einer weiteren Behandlung mit. Mir ist bekannt, dass die Betäubung eines Zahnes die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen kann. Hinweis für Basistarif-/ Postbeamtenversicherte sowie Patienten mit Reise- oder Notfallversicherungen: diese Versicherungsbedingungen werden von uns nicht angenommen – ausgenommen für Notfallbehandlungen. Eine Berechnung erfolgt frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder 24h vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten **(Ausfallgebühr - 50€)** in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank. Ihr Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, bezugnehmend auf das DSGVO (Datenschutzgesetz), geltend ab 25.05.18 – siehe Rückseite!

**Bitte wenden!**

## **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und gegebenenfalls elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Ort:

Datum:

Unterschrift: