

Anmeldebogen

Patient / in:

Herr / Frau / Kind _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Straße / Hausnummer Postleitzahl / Ort

Telefon Mobil E-Mail

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich Privat

Wurden Sie in einen Pflegegrad eingestuft? I II III IV V

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a) Herz- / Kreislaufkrankungen

- Herzklappenfehler Angina pectoris Herzrhythmusstörungen
 Herzschrittmacher Herzinfarkt Angeborener Herzfehler
 Durchblutungsstörungen Bluterkrankungen _____
 Blutgerinnungsstörungen Gerinnungskontrolle **Quick-Wert / INR** _____
 Endokarditis Endokarditis Prophylaxe Herzpass

b) Blutdruck niedrig mittel hoch (Werte: _____) medikamentös stabilisiert?

c) Infektionskrankheiten

- HIV – Infektion HIV / Aids Tuberkulose
 Resistente Bakterien (MRSA) Hepatitis, wenn ja welche Form? _____

d) Allergien / Unverträglichkeiten

- Anästhetika (Spritze) Latexallergie Allergiepass
 Antibiotika, wenn ja welche? _____ Sonst. Allergien _____
 Schmerzmittel, wenn ja welche?

e) Sonstige Erkrankungen

- Anfallsleiden (Epilepsie)^ Schlaganfall ADHS
 Ohnmachtsanfälle Asthma Rheuma / Arthritis
 Osteoporose Nierenerkrankungen Augenerkrankungen
 Diabetes (Zuckerkrankheit) HbA1c _____ Schilddrüsenerkrankung
 Tumor, wenn ja wo/operiert/Rezidiv? _____ Organtransplantation
 Künstliche Prothesen, wenn ja wo/seit wann? _____

2. Befinden Sie sich momentan in einer Bestrahlungs- oder Chemotherapie? Ja Nein

3. Sind Sie momentan in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein medikamentös stabilisiert

4. Rauchen Sie? Ja Nein **5. Nehmen Sie Drogen?** Ja Nein **6. (trockener) Alkoholiker?** Ja Nein

7. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, welcher Monat? _____

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

9. Antiresorptiva / Bisphosphonate Ja Nein

10. Steroide / Immunsuppressiva? Ja Nein

11. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) Ja Nein

12. Wurden bei Ihnen größere Operationen durchgeführt? Ja Nein Wenn ja, wann? _____

Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? _____

Sind bei Ihnen zahnärztliche Fremdröntgenbilder gemacht worden? Wenn ja, wann? _____

Markdorf, _____
Datum

Unterschrift

Beachten Sie die Rückseite →

Jetzt können wir uns ganz individuell auf Sie einstellen und werden uns die größte Mühe machen, Ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden. Lassen Sie sich ganz einfach durch unser bewährtes Recallsystem zum halbjährlichen Zahnarztbesuch erinnern!

Ich möchte am Recall-Service der Zahnärztlichen Partnerschaft Dr. Müllauer – Dr. Braun – Dr. Hess teilnehmen. Hiermit stimme ich deshalb zu, in regelmäßigen Abständen an meine Kontrolluntersuchungen und professionelle Zahnreinigung erinnert zu werden.

per Post **per E-Mail** **per SMS** **Kein Recall**

Terminerinnerung bestehender Termine per SMS **Ja** **Nein**

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).

Unterschrift

Wünschen Sie, dass die Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail zugeschickt werden?

Ja **Nein**

Bitte stellen Sie sicher, dass unsere Absenderadresse post@bodensee-zahnaerzte.de als sicherer Absender in Ihrem Mailserver hinterlegt wird, um zu vermeiden, dass unsere Rechnung im Spamfilter gestoppt wird.

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass entstandene Fotos und Röntgenaufnahmen für Vorträge und Publikationen pseudonymisiert verwendet werden dürfen.

Ja **Nein**

Unterschrift

Die Vereinbarung eines Ausfallhonorars gemäß § 615 Satz 1 BGB

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden darauf hingewiesen, dass Termine verbindlich vereinbart und extra für Sie freigehalten werden. Aus organisatorischen Gründen hat im Falle jeder Verhinderung rechtzeitig – d.h. spätestens 24 Stunden vorher – eine Absage zu erfolgen.

Erfolgt keine rechtzeitige Absage, müssen wir Ihnen leider einen Betrag in Höhe von 35,00 Euro pro ausgefallener Behandlungshalbstunde in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalisierte Schaden entstanden ist.

Hinweis: Die Krankenkassen erstatten die Kosten des Ausfallhonorars i. d. R. nicht.

Sie erklären sich mit dieser Vorgehensweise ausdrücklich einverstanden.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten). Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Markdorf, den _____
Datum

Unterschrift