

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____

 Tel. Privat: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____ sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
 pflichtversichert: ja / nein Dienstes? ja / nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
 Mitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
 Adresse: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?		ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?		ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?		ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		ja / nein
Sind Sie HIV-positiv?		ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?		ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?		ja / nein
Haben Sie Diabetes?		ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?		ja / nein
Haben Sie grünen Star?		ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?		ja / nein
Haben Sie Asthma?		ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche	ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	hatten Sie jemals eine "Kiefernvermessung"?	ja / nein
sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?			ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung?			ja / nein
Haben Sie schon mit beherdeten Zähnen zu tun gehabt?			ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?			ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Rödersheim-Gronau, den _____

Datum

Unterschrift

Datensicherheit:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten bzw. die meines Kindes für den Zweck: Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO) 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).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Rödersheim-Gronau, den _____

Datum

Unterschrift

Die Praxis hält fixe Termine für Sie frei:

Mir ist bewusst, dass für versäumte oder zu kurzfristig abgesagte Termine (weniger als 24 h) ein "Ausfallhonorar" (nach §§ 611, 615/280 BGB) in Höhe von folgenden Beträgen berechnet werden kann:

- Behandlungen bei einer Zahnärztin: 100 EUR
- Prophylaxe Termine (PZR, Versiegelung, auch schnelles Ummentscheiden von PZR auf Kassenprophylaxe): 50 EUR

-Narkosetermine, die nicht bis Freitag vor dem Narkosetermin (mittwochs) abgesagt werden, bzw. dann später aus Krankheitsgründen aber ohne ärztliches Attest abgesagt werden: 400 EUR.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Rödersheim-Gronau, den _____

Datum

Unterschrift

Ich erlaube die Terminerinnerung und Recall per E-Mail und Telefon und schriftlich.

Rödersheim-Gronau, den _____

Datum

Unterschrift