

Anmeldeformulare für unsere Patienten

Herzlich Willkommen. Bevor wir uns um Sie und Ihre Zähne kümmern können, benötigen wir einigen Angaben von Ihnen. Sollten Sie einen Allergie-, Implantat- oder Medikamentenpass besitzen, legen Sie uns diesen bitte vor. Vielen Dank. Wir versichern Ihnen alle Informationen sehr vertraulich und unter Einhaltung aller Datenschutzgesetze zu behandeln.

Angaben zum Patienten					
Name		Vorname		Geburtsdatum	
(Versicherter) Name		(Versicherter) Vorname		Geburtsdatum	
Straße , Hausnr.		PLZ		Ort	
Telefon tagsüber und mobil				E-Mail	
Beruf		Arbeitgeber		Telefon geschäftlich	
O Gesetzlich versichert		O Privat versichert		Versicherung	
O Freiwillig versichert O Zahnzusatzversicherung O Beihilfe O Basistarif O Selbstzahler O Kostenerstattung					
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?					
Ich möchte an die Routineuntersuchung erinnert werden (Recall):			Ich möchte an jeden Termin erinnert werden:		
per Mail	O ja	O nein	per Mail	O ja	O nein
per Brief	O ja	O nein	per Brief	O ja	O nein
Sind Sie einverstanden, dass Fotos von Ihnen bzw. Kontrollbilder Ihrer Zähne in Karteikarte gespeichert werden?					
		O ja	O nein		
Sind Sie an regelmäßiger Individualprophylaxe (Vorsorge) interessiert?					
		O ja	O nein		

Erklärung des Patienten

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten persönlichen Angaben.

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten
-------	--

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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis für den Zweck eines zahnärztlichen Behandlungsvertrags, des Recall-Services bzw. der Terminerinnerung (sofern gewünscht), der Abrechnung und Kommunikation mit dem Kostenträger sowie dem zahntechnischen Labor und mit mir gemäß ausliegender Datenschutzerklärung zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (info@zahnarzt-weiden.koeln) 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).

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten
-------	--

Anamnese / Krankengeschichte

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja	nein		ja	nein
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stents / Bypässe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschwäche/ Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herklappenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht ein Endokarditisrisiko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Andere:		

Infektionserkrankungen					
Hepatitis A oder B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere:		

Tumorerkrankungen (Krebs)					
Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestrahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leukämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere Erkrankungen					
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungen-/Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
chron. Nasennebenhöhlenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma/Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaukom (Grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Orthopädische Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung beeinträchtigen (Blutverdünner)?

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie je Bisphosphonate eingenommen (Osteoporose, Tumorerkrankungen)?

☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen oder erhalten Sie regelmäßig? Bitte nennen Sie auch den Einnahmegrund.

Medikament:

Einnahmegrund:

Allergien	ja	nein	
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Andere:

Weitere Angaben				ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten
-------	--