

# Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

**Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.**

**Patient:** Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Anschrift: Straße: ..... Telefon privat: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Krankenkasse: .....

Wenn Familienversichert, über wen versichert: .....

Beruf: ..... Telefon dienstl.: .....

Arbeitgeber: .....

## **Aufnahmebogen**

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Kreislaufs (Herz, Blutdruck): .....
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.): .....
- Innere Krankheiten (Diabetes; Atemwegs,-Blut,- Schilddrüsen,- Magen-Darmerkrankungen usw.): .....

- Überempfindlichkeiten/Allergien gegen: .....
- Materialien, Medikamente:.....

- Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt. ein: .....

Endokarditisprophylaxe	Ja? .....	Nein? .....
Herzschrittmacher	Ja? .....	Nein? .....
Osteoporoseerkrankung	Ja? .....	Nein? .....
bereits durchgeführte Krebstherapie	Ja? .....	Nein? .....
Bisphosphonate	Ja? .....	Nein? .....

- Schwangerschaft, wenn ja in welchem Monat: .....
- Letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Kiefer-Zahnbereich: .....
- Empfohlen/überwiesen durch: .....

	Ja	Bei Bedarf	Nein
Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie Informationen über bessere und neuere zahnmedizinische Versorgung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“), defekte Füllungen oder Kronen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung, der Form und Größe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hätten Sie gerne hellere Zähne?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxeprogramm und den automatischen Wiederbestellservice informiert zu werden?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung, der Dokumentation der durchgeführten Therapie, der Abrechnung und Kommunikation mit dem Kostenträger, der Kassenzahnärztliche Vereinigung, dem Zahntechniker und mit mir 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).

Unterschrift .....

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung in Rechnung zu stellen.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

*Ihr Praxisteam Dr. Ulf Kossow*



Datum .....

Unterschrift .....