

Anmeldeformular mit Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Das Anmeldeformular dient der Aufnahme Ihrer persönlichen Daten sowie der allgemeinen- und zahnmedizinischen Vorgeschichte in rationeller und strukturierter Form.

Bitte füllen Sie die Seiten 1 bis 3 vollständig aus. Alle mündlich und schriftlich übermittelten persönlichen Daten und Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dipl. Stomat.

Otto Jäger Fachzahnarzt

Dr. med. dent.

Sven Gerhardt Zahnarzt

Name / Vorname (Patient)	Beruf/ Arbeitgeber (Patient)
Straße, Hausnummer (Patient)	E-Mail (Patient)
Postleitzahl, Wohnort (Patient)	Name u. Telefonnummer des Hausarztes
Telefonnummer privat, mobil, (Patient)	Name u. Telefonnummer des vorbehandelnden Zahnarztes
Geburtsdatum (Patient)	Name der gesetzlichen Krankenkasse o. Krankenversicherung
Geburtsort (Patient)	Name der Zahnzusatzversicherung o. Tarifname (falls vorhanden)

Versicherungsstatus

- gesetzlich versichert Ja Nein
privat versichert Ja Nein
familienversichert Ja Nein
Zahnzusatzversicherung Ja Nein

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Für uns als Ärzte ist es für selbstverständlich, dass wir Ihre uns anvertrauten persönlichen Daten durch die gesetzlich verankerte berufliche Schweigepflicht umfassend schützen.

Ab dem 25.05.2018 tritt die europäische Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) in Kraft. Diese stärkt Ihre Rechte in Bezug auf die Transparenz der Datenverarbeitung. Daher möchten wir Sie gerne darüber informieren, dass die Praxis Zahnart Dr. Gerhardt und Jäger, vertreten durch Dr. Gerhardt, Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Abrechnung unserer Leistungen bei einem Abrechnungsdienst erhebt und verarbeitet. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Erfüllung des Zwecks erforderlich und beruht auf Art. 6. Abs. 1 b), 1 c) und 1 f) DS-GVO. Die sichere Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten ist durch umfassende technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen in unseren Praxisstandorten gewährleistet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Ihre Daten werden bis auf Widerruf gespeichert und nach 10 Jahren automatisch gelöscht, außer es gelten abweichende gesetzliche Aufbewahrungsfristen. Sofern es gesetzlich möglich ist können Sie der Speicherung jederzeit per E-Mail oder auf einem anderen Kommunikationsweg widersprechen.

Zudem sind Sie berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Sie erreichen unseren Ansprechpartner für Datenschutz unter datenschutz@zahnart-leipzig.de. Ihnen steht des weiteren ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.

(nur für Familienversicherte)

Name/ Vorname (des Mitglieds der Familienversicherung)

Adresse (des Mitglieds der Familienversicherung)

Geburtsdatum (des Mitglieds der Familienversicherung)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (ausgenommen akute Schmerzbehandlung) die Einverständnis-erklärung des Erziehungsberechtigten notwendig .

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beantworten Sie die folgende Fragen:

Haben sie Zahnschmerzen ?

Ja Nein

Wünschen Sie zum heutigen Termin eine:

- Kontrolluntersuchung
- Beratung
- Beratung zu neuem Zahnersatz
- Schmerzbehandlung

Zu welcher Therapie möchten Sie beraten werden ?

- Professionelle Zahnreinigung
- Bleaching / Zahnaufhellung
- Ästhetische Veränderungen
- Implantate
- Inlay/ Kronen
- Füllungsvarianten
- Amalgamaustausch
- Zahnfleischveränderungen

Möchten Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung und die professionelle Zahnreinigung erinnert werden (Recall).

Ja Nein

Wenn Ja, per

Telefon E-Mail

Wann fand Ihre letzte Kontrolluntersuchung bei einem Zahnarzt statt?

Wann fand Ihre letzte professionelle Zahnreinigung statt?

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung _____
- Praxis gesehen
- Tel.- oder Branchenbuch
- Suchmaschine _____
- Homepage

Besteht oder bestand bei Ihnen folgende Erkrankung?

Herz- Kreislauf- Erkrankungen (Allgemein)

Ja Nein

Herzklappenerkrankungen

Ja Nein

Herzinfarkt

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja Nein

Angina pectoris (Brustenge)

Ja Nein

Herzinsuffizienz/ -schwäche

Ja Nein

Niedriger Blutdruck/ Ohnmachtsneigung

Ja Nein

Erhöhter Blutdruck

Ja Implantate
 Nein

HIV (AIDS)

Ja Nein

Diabetes/ Durchblutungsstörungen

Ja Nein

Radiotherapie/ Bestrahlung

Ja Nein

Allergie

Ja Nein

Lebererkrankung

Ja Nein

Asthma bronchiale

Ja Nein

Nervenleiden

Ja Nein

Nierenleiden

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Magen-, Darm - Erkrankungen

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Hepatitis (A, B, C)

Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen

Ja Nein

Tumorleiden

Ja Nein

Sind Sie Raucher?

Ja Nein

Sonstiges (Drogen u.a.)

Nehmen Sie Medikamente ein?

Herzmedikamente

Ja Nein Welche? _____

Schmerzmittel

Ja Nein Welche? _____

Blutverdünnende Medikamente

Ja Nein Welche? _____

Antidepressiva

Ja Nein Welche? _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegen Spritzen oder Medikamente?

Ja Nein Welche? _____

Penicillinallergie

Ja Nein Präparat? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein evtl. Woche: _____

Herzschrittmacher

Ja Nein

Hörgerät

Ja Nein

Andere Medikamente o. Hilfsmittel:

Allgemeine Vereinbarung

Alle mündlich und schriftlich übermittelten Daten werden zur gesetzlichen vorgeschriebenen Dokumentation in unserem praxisinternen Verwaltungssystem gespeichert. Sie sind über die heute getätigten Angaben hinaus verpflichtet uns umgehend über Änderungen von Daten z. B. der Versicherung oder persönlicher Kontaktdaten zu informieren.

Um Wartezeiten kurz zu halten arbeiten wir nach dem Prinzip einer Bestellpraxis. Das heißt, Termine werden von beiden Seiten eingehalten, rechtzeitig (min. 24 Stunden vorher) abgesagt oder verlegt, da Einzeltermine kurzfristig nur schwer neu vergeben werden können. Ist das nicht der Fall, werden Termine also kurzfristig oder nicht abgesagt behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Höhe von 30,- Euro pro viertel Stunde in Rechnung zu stellen (BGB §615 sowie ZPO § 287).

Hiermit bestätige ich, dass ich alle genannten Informationen und Fragen gelesen und verstanden habe sowie den Allgemeinen Vereinbarungen ausdrücklich und in vollem Umfang zustimme.

Leipzig, den _____

Ort, Datum

Unterschrift