

ANMELDEBOGEN



ZAHNARZTPRAXIS
H A I D H A U S E N
Dr. Kurpiers | Pollok & Kollegen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Zahnarztpraxis Haidhausen, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Titel

Straße | Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert

Freiwillig Pflicht

Privat versichert

Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

FREIWILLIGE ANGABEN

Beruf *Freiwillige Angabe – diese Information kann für Ihre Behandlung relevant sein

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation von uns über dieses Medium wünschen

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation von uns über dieses Medium wünschen

Hausarzt (Name | Ort) *Freiwillige Angabe - falls die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bzgl. einer Einwilligung hierfür auf Sie zu

Warum kommen Sie zu uns? _____

*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Asthma
- Hoher Blutdruck
- Gelenke (Rheuma)
- Epilepsie
- Immunsuppression
- Herzinfarkt
- Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen
- Allergien
- Wenn ja, welche? _____
- Niedriger Blutdruck
- Ohrensausen | Tinnitus
- Tumorerkrankung
- Endokarditisprophylaxe
- Herzschrittmacher
- Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____
- Magen-Darm-Trakt
- Osteoporose
- Grüner Star
- Leber
- Nieren
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Ohnmachtsneigung
- Diabetes
- Herzfehler | künstliche Herzklappe
- Schlaganfall
- Schilddrüse

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Hepatitis A B C
- Tuberkulose
- HIV | AIDS
- Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)
- Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten (vCJK)

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Blutdruckmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Bisphosphonate
- Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®
- Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein? _____

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle in dieser Praxismgemeinschaft tätigen Behandler bei medizinischer Notwendigkeit oder in Vertretungsfällen Einsicht in meine Krankenakte nehmen dürfen.

Ort | Datum

Unterschrift

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten - Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Zahnarztpraxis Haidhausen

Weißburger Platz 8
81667 München
Tel 089 - 540 425 520
Fax 089 - 458 799 37
info@zahnarztpraxis-haidhausen.de
www.zahnarztpraxis-haidhausen.de