Zahngesundheit Nordheide
Dr. Nikola Struck
Bahnhofsweg 1 – 21244 Buchholz
Telefon: 04187 6098808 – Telefax: 04187 6098807
praxis@zn-struck.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
_____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter? (Wenn abweichend)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Rechnungsempfänger (Wenn abweichend)

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
_____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja ○ nein ○
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja ○ nein ○
Zusatzversicherung: ja ○ nein ○

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja ○ nein ○
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja ○ nein ○
Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung? ja ○ nein ○
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja ○ nein ○
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja ○ nein ○

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja ○ nein○

niedrigen Blutdruck? ja ○ nein○

Haben Sie Diabetes? ja ○ nein ○

Wenn ja, wie hoch ist Ihr HbA1c-Wert?_____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja ○ nein ○

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja ○ nein ○

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja ○ nein ○

HIV ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C ○

Nehmen Sie Medikamente ein? ja ○ nein ○

Wenn ja, welche? _____

_____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja ○ nein ○

Leiden Sie unter Migräne? ja ○ nein ○

Haben Sie grünen Star? ja ○ nein ○

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja ○ nein ○

Rauchen Sie? ja ○ nein ○

Wenn ja, wie viele Zigaretten/ Tag? _____

Sind Sie schwanger? ja ○ nein ○

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja ○ nein ○

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Welcher Hausarzt betreut Sie? _____

Wurden innerhalb der letzten zwei Jahre Ihre Zähne geröngt? ja ○ nein ○

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja ○ nein ○

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden? ja ○ nein ○

Interessieren Sie sich für ein Bleaching? ja ○ nein ○

○ Der Umwelt zuliebe senden Sie mir meine Rechnungen bzw. Heil- und Kostenpläne gern per E-mail.

Diese Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

○ Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Wir wollen Wartezeiten vermeiden, deshalb führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher absagen** müssen. Sonst kann Ihnen ein **Ausfallhonorar** in Rechnung gestellt werden (§§304, 615 BGB).

○ Ich habe die obigen Angaben zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

_____

Datum, Ort, Unterschrift

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Zahngesundheit Nordheide Dr. Nikola Struck

Sehr geehrte(r) Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten ,der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Dr. Nikola Struck.

-Terminerinnerung: Ca. 48h vor Ihrem nächsten Termin erinnern wir Sie gern per SMS.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitung erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

Ort, Datum, Unterschrift