

Liebe Patientin, lieber Patient, - herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten zu können und damit wir uns so gut wie möglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche einstellen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen möglichst vollständig:

Ihre persönlichen Daten:

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift _____
Strasse Postleitzahl/Wohnort

Telefon tagsüber Telefon privat E-Mail Adresse
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die **E-mail**-Adresse nur für den Recall- oder für Terminbestätigungen benötigt wird und keinesfalls an Dritte weitergegeben wird!

Name der Krankenversicherung _____ ich bin beihilfeberechtigt zusatzversichert

Beruf /Arbeitgeber _____

Mitglied/ Zahlungspflichtiger: (nur wenn abweichend)

Herr/ Frau/ Dr./Kind _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift _____
Strasse Postleitzahl/Wohnort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? durch _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

(alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht)

- Herzinfarkt (wann?) _____
- Herzoperationen? (wann? welche?) _____
- Endokarditis/ Herzpass/ Herzschrittmacher ? _____
- Schlaganfall (wann?) _____
- Blutdruck niedrig normal hoch
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) _____
- Unverträglichkeit von Medikamenten(welche?) _____
- Bluterkrankungen/ -gerinnungsstörungen (welche?) _____
- Gelbsucht/ Leberkrankheiten (wann?) _____
- Allergien (welche?) _____

(Fortsetzung auf der Rückseite)

- Diabetes
 HIV-Infektion MRSA Infektion
 TBC
 Schilddrüsenerkrankung Welche? _____
 Asthma
 Haben Sie sonstige Erkrankungen? _____
- Rauchen Sie? nein ja Wie viel/Tag _____
 Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, Woche _____
 Datum der letzten zahnärztlichen Röntgenuntersuchung ca. _____
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, Welche? _____
 Haben Sie Zahnfleischbluten? nein ja
 Schnarchen Sie? nein ja Knirschen Sie? nein ja

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Benutzen Sie Zahnseide oder andere Hilfsmittel? nein ja Welche? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Wünschen Sie Informationen über neue/ zeitgemäße Behandlungsmethoden?:

- Prophylaxe** - gesunde Zähne ein Leben lang
- Bleaching** (professionelle Zahnaufhellung)
- Korrekturen Ihrer Zahnstellung** (z.B. invisalign®)
- Möglichkeiten der **ästhetischen Zahnmedizin** (z.B. Veneers)
- Implantate** - die künstlichen Zahnwurzeln

Möchten Sie von uns an Kontrolltermine (ca. alle 6 Monate) erinnert werden? ja nein

bei "ja" bitte auf der Vorderseite E-Mail Adresse eintragen

Für die Teilnahme am Recallservice stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (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

Wie Sie sicher bald feststellen werden, kommt es in unserer Praxis kaum zu längeren Wartezeiten - dies liegt vor allem an unserem gut organisiertem **Bestellsystem**. Wir halten diese Termine speziell für Sie frei. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber **24 Stunden** vorher abzusagen.

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift