

Zahnarztpraxis

Dr. Elke van Engelen



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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Handy Nr.: _____ Festnetz Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad/Eingliederungshilfe: _____
§15 SGB XI / §99 SGB IX

Gesetzlich versichert: ja nein privat versichert: ja nein

Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Bestellpraxis-Hinweise zur Organisation:

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 (GOZ) in Rechnung zu stellen. Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechne Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

SMS- Terminerinnerung

Unser Service für Sie. Bitte hinterlassen Sie auch **Ihre Handynummer** und Sie bekommen eine paar Tage vor Ihrem Termin eine SMS zur Erinnerung.

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind. Die Erhebung und Speicherung der Daten sind für die Behandlung gemäß Art 6 Abs. 1b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art 9 Abs 2h) EU-DSGVO folgt.

Gemäß **EU-DSGVO Datenschutzverordnung** willige ich hiermit der Vereinbarung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein. Die Vollständigen Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Rückseite beachten --)

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:

Ort:

Haben Sie Allergien?

nein

ja welche? _____

Medikamente

Herzschwäche (Insuffizienz)?

nein

ja _____

Unregelmäßiger Herzschlag?

nein

ja _____

Herzasthma, Angina Pectoris?

nein

ja _____

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

nein

ja _____

Zu hoher Blutdruck?

nein

ja _____

Zu niedriger Blutdruck?

nein

ja _____

Zustand nach Herzinfarkt?

nein

ja _____

gerinnungshemmende Medikamente?

nein

ja _____

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

nein

ja _____

Magen-Darmerkrankungen?

nein

ja _____

Epilepsie?

nein

ja _____

Krämpfe?

nein

ja _____

Blutungsneigung?

nein

ja _____

Blutarmut (Anämie)?

nein

ja _____

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)?

nein

ja _____

Chronische Erkrankung der Atemwege?

nein

ja _____

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?

nein

ja

Sind Sie drogenabhängig?

nein

ja

Sind Sie medikamentenabhängig?

nein

ja

Sind Sie alkoholabhängig?

nein

ja

Wichtige Anmerkungen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefon-/Branchenbuch

Internet

Homepage

Empfehlung _____

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

Datum:

Unterschrift: