

Anmeldeformular mit Anamnese

AOK

LKK

BKK

IKK

VdAK

Knappschaft

M

F

R

P

Kasten bitte nicht ausfüllen

Kasten bitte nicht ausfüllen

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon privat

mobil

Telefon geschäftlich*

E-Mail

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

(*Angabe freiwillig)

Versicherung: gesetzliche Versicherung private Versicherung
 Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name, Vorname

Telefon

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Name, Vorname

Telefon

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- a) Herz Ja Nein
 b) Blutdruck Ja Nein
 c) Blutgerinnung Ja Nein
 d) Lunge (Asthma u. a.) Ja Nein
 e) Leber (Gelbsucht u. a.) Ja Nein
 f) Niere Ja Nein
 g) Andere

2. Leiden Sie an

- a) Diabetes mellitus (Zucker) Ja Nein
 b) Allergien Ja Nein
 c) rheumatischen Erkrankungen Ja Nein
 d) entzündlichen/übertragbaren Krankheiten
 (Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit u. a.) Ja Nein
 e) Medikamentenunverträglichkeit Ja Nein
 f) Knochenerkrankungen Ja Nein
 g) Sonstige Erkrankungen

3. Spritzenreaktionen:

- Werden Sie ohnmächtig? Ja Nein
 Wird Ihnen schlecht? Ja Nein

4. Besteht eine Schwangerschaft?

weiß nicht Ja Monat Nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bekommen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen,
zum Beispiel Bisphosphonate?

Ja Nein

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

6. Letzte Röntgenaufnahme, wann?

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?

Ja Nein

7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

! Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden,
die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter