



Anmeldeformular mit Anamnese

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

.....
Straße, Postleitzahl, Ort

.....
Telefon privat, Mobil, tagsüber erreichbar unter

E-Mail

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

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse/ Versicherung zutreffendes bitte ankreuzen

gesetzlich versichert
Krankenkasse.....

privat versichert
 Basistarif

beihilferechtigt

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Bitte geben Sie uns Auskunft über Erkrankungen und Medikamente

Herzerkrankungen:

- Herzschwäche
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Besitzen sie einen Herzpass?

Kreislauferkrankungen:

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann?
- Schlaganfall, wann?
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente, wenn ja welche.....

Bluterkrankung

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

Erkrankungen des Nervensystems, z.B. epileptiforme Anfälle/ Krämpfe, Parkinson

weitere Erkrankungen:

- Schilddrüsenerkrankung
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Lebererkrankung

Allergien:

- Asthma
- Penicillin- Überempfindlichkeit
- Überempfindlichkeit gegen.....
- Allergie gegen

Infektionskrankheiten (Leberentzündung/ Gelbsucht, Hepatitis A oder B, Tuberkulose)

- Leberentzündung/ Hepatitis A oder B
- Tuberkulose
- Aids, HIV- positiv
- Creutzfeldt-Jakob- Krankheit (CJK)
- Krankenhauskeim (MRSA)

Andere Erkrankungen

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Medikamente

- Ich nehme keine Medikamente
- Ich nehme/ nahm Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen (z.B. Bisphosphonate) ein
- Ich habe einen Medikationsplan (bitte zum Kopieren vorlegen)
- Ich nehme regelmäßig **folgende** Medikamente/ Präparate ein:



Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt (Dr. K. Schmid, A. Pfeffer, Dr. O. Gönner) und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere die oben ausgefüllten Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogene Daten zur Terminerinnerung.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben wenn dies aus medizinischer oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit ihrer Unterschrift willigen sie in die Verarbeitung ihrer personenbezogener Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung können sie jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter/ Versicherter