

Anmelde- und Erhebungsbogen
Zahnärzte Am Alten Sportplatz
Dr. Marc Rösicke & Kollegen

Zahnärzte
Am Alten
Sportplatz



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 Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Marc Rösicke.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Geburtsort	Telefon mobil	Telefon privat

Anschrift:

Postleitzahl + Ort	Straße + Nr.

E-Mail	

Beruf:

Telefon beruflich	Krankenkasse

Falls nicht selbst versichert, bitte hier angeben:

Versicherter:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Ich bin privat versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Betäubung (Spritze/Lokalanästhesie) notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist und Sie daher für ca. 12 Stunden kein Kraftfahrzeug führen bzw. im Straßenverkehr besonders vorsichtig sein sollten.

Sollten Sie ihren Termin nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, diesen rechtzeitig (24 Std. vorher) abzusagen. Bei kurzfristiger Absage bzw. Nichterscheinen bemühen wir uns Ihren Termin durch Patienten von der Warteliste zu vergeben. Sollte das jedoch nicht möglich sein, wird ein Ausfallhonorar, in Abhängigkeit von der Behandlung, erhoben.

- bitte wenden -

Anamnesebogen

Bei zutreffenden Antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben

ja nein

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Behandelnder Arzt: _____

ja nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Allergie, Medikamentenunverträglichkeit (welche) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Anfallsleiden (Epilepsie) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Atemwegserkrankungen (welche) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Blutgerinnungsstörung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Blutverdünner/welcher _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Diabetes (welcher Typ) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Glaukom (erhöhter Augendruck) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Herz-Kreislauf-Erkrankungen; bitte genauer beschreiben + evtl. Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Infektionskrankheiten: Hepatitis A/B/C _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Immunmangel-Syndrom (Aids) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Lebererkrankungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Chronische Niereninsuffizienz _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Dialyse _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Osteoporose _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Frühere Operationen (welche?) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Besteht eine Schwangerschaft (welcher Monat?) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Liegt ein Pflegegrad vor (Pflegegrad: _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Rauchen Sie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Sind Sie zufrieden mit der Ästhetik Ihrer Zähne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Was ist Ihnen wichtig in Bezug auf Ihre Zähne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 Was führt Sie zu uns? _____

1. Recall Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll für den dauerhaften Erhalt Ihrer Zähne. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne [z.B. postalisch, Mail, SMS] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Terminerinnerung Bei einigen Behandlungen informieren wir Sie im Vorfeld via Mail oder SMS über den bevorstehenden Termin.

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

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für die Angaben.