

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon mobil (wir erinnern Sie per sms an Ihren Termin)

Email Beruf, Arbeitgeber

Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Standard-/Basistarif Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Ein besonderer Service unserer Praxis: An Termine ab einer Dauer von 30 min werden Sie von uns 1-2 Tage vorher per sms oder telefonisch erinnert.

Einige Erkrankungen / Medikamente können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben, daher bitten wir Sie, in Ihrem eigenen Interesse um gewissenhafte Auskunft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand.

Name/Adresse des Hausarztes:

Herzschrittmacher? ja nein
Künstliche Herzklappe? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Wann:

Herzpass bitte vorlegen!

Hoher Blutdruck? ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Zustand nach Schlaganfall? ja nein

Wann:

Gelbsucht (Hepatitis)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
HIV (positiver AIDS-Test)? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche Medikamente?

(bitte Medikamentenplan vorlegen!)

Müssen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen Antibiotika einnehmen? ja nein

FÜR UNSERE WEIBLICHEN PATIENTEN
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche?

Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Nierenerkrankung? ja nein
Chronische Lebererkrankung? ja nein

Epileptische Anfälle? ja nein
Depressionen? ja nein

Rheuma? ja nein
Asthma? ja nein
Grüner Star / Glaukom? ja nein
Blutgerinnungsstörung/Hämophilie? ja nein
Tumorerkrankung? ja nein
Wann?
Osteoporose? ja nein
Organtransplantat? ja nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja nein

Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit oder Allergie auf bestimmte Materialien oder Medikamente? ja nein
Wenn ja, auf welche?

Bitte Allergiepass vorlegen!

Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wieviel pro Tag?

DATUM

UNTERSCHRIFT

NAME:

VORNAME:

GEB. DATUM:

Informationen zur Datennutzung:

Sehr geehrte Patienten,

Ihre Daten werden gemäß der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) Art. 6 Abs. 1 lit. B erhoben. Hierbei handelt es sich z.B. um Name, Anschrift, Versicherungsnummer, die ärztliche Dokumentation von Anamnese und Behandlung, Arztbriefe, Laborberichte u.ä. Die Notwendigkeit der Datenerhebung begründet sich auf § 630 BGB (Behandlungsvertrag) und daraus folgenden Rechtsvorschriften. Ihre Daten werden aufgrund dieser Rechtsvorschriften mind. 10 Jahre gespeichert. Sie haben das Recht auf Auskunft, Widerspruch und Löschung gemäß DSGVO sofern keine anderen Rechtsvorschriften gelten.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.datenschutz-blum.de/dsgvo