

Persönliche Angaben

Bitte beantworten Sie folgende Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Name: _____ Tel. Privat: _____
 Vorname: _____ Handynummer: _____
 Geburtsdatum: _____ E-Mail-Adresse: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____ Beruf: _____
 _____ Arbeitgeber: _____
 Krankenkasse: _____ Tel. Arbeitsplatz: _____
 Sind Sie: ja / nein
 - Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes ? o / o
 - Härtefall o / o
 Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? o / o

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer hat uns empfohlen/Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Besitzen Sie bereits ein Bonusheft? o ja / o nein
 Wenn ja, bitte bringen Sie dies zu Ihrem Termin mit.

Allgemeine Gesundheitsfragen

Bitte ankreuzen: ja / nein

Allergien	o / o	wenn ja, welche? _____	
Asthma	o / o	Schlaganfall	o / o
Diabetes	o / o	Glaukom (erhöhter Augendruck)	o / o
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	o / o	Infektionskrankheiten	o / o
Hoher Blutdruck	o / o	Lebererkrankungen	o / o
niedriger Blutdruck	o / o	Magen-Darm-Erkrankungen	o / o
Herzinfarkt	o / o	Nierenerkrankungen	o / o
Herzschrittmacher	o / o	chronische Niereninsuffizienz	o / o
Endokarditisrisiko	o / o	Dialyse	o / o
(= Risiko der Herzmuskelentzündung mit der Notwendigkeit einer Antibiotikagabe vor zahnärztl. Eingriffen)			
Herzinsuffizienz	o / o	Anfallsleiden (Epilepsie)	o / o
Blutgerinnungsstörungen	o / o	Tumorerkrankungen	o / o
Hämatologische Erkrankungen	o / o	Schilddrüsenerkrankungen	o / o
Hepatitis A/B	o / o	Osteoporose	o / o
Hepatitis C	o / o	weitere (nicht aufgeführte) Erkrankungen	
HIV-Infektion	o / o	_____	
Tuberkulose	o / o	_____	

Frühere Operationen? (welche) _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Marcumar o / o ASS Therapie o / o

Weitere: _____

Fragen zur Zahn- & Mundgesundheit: ja / nein

Zahnfleischbluten	o / o	Haben Sie Zahnersatz?	o / o
Geräusche im Kiefergelenk	o / o	seit wann? _____	
Schmerzen im Kopf-/Nackebereich	o / o	Rauchen Sie?	o / o
Sind Sie Mundatmer?	o / o	Wie viele Zigaretten pro Tag? _____	

Besteht eine Zahnarztangst? o / o

Haben Sie schon einmal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? o / o

Wenn ja, was war der auslösende Faktor? _____

Wurden Sie in den letzten 2 Jahren beim Zahnarzt geröntgt? _____

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein / ungewiss

Wenn ja, welche Woche? _____

Wegen des Schutzes von Mutter & Kind bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn Sie während des Behandlungszeitraums schwanger werden sollten.

Name, Anschrift & Telefonnummer Ihres Hausarztes: _____

Der **Schutz Ihrer personenbezogenen Daten** ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten verarbeitet. Bitte entnehmen Sie diese Informationen dem im Wintergarten immer in aktueller Fassung ausliegenden Exemplar. Dieses werden wir von Zeit zu Zeit aktualisieren, damit Sie jederzeit auf dem Laufenden darüber sind, wie wir Ihre Daten schützen.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten zu. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Damit Sie keine wichtigen Termine zur Vorsorge und Prophylaxe verpassen, möchten wir Sie gern in unser **Recall-Programm** aufnehmen. Wir werden Sie dann per SMS an die Terminvereinbarung wichtiger Termine erinnern.

Ihr jederzeit möglicher Widerruf dieser Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich möchte am Recall-Programm teilnehmen und stimme der hierfür nötigen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis ebenfalls zu.

Es ist uns sehr wichtig, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Deshalb nehmen wir uns viel Zeit für Ihre Beratung und Behandlung und versuchen, Ihre Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Dafür belegen wir Termine nicht doppelt und springen auch nicht zwischen den Behandlungszimmern hin und her. **Wenn Sie bei uns sind, sind Sie unser Mittelpunkt!**

Dieses Modell funktioniert natürlich nur, wenn sich beide Seiten aufeinander verlassen können. Daher bitten wir Sie Termine pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung mind. 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen. Ein versäumter Termin kostet unser Praxisteam Zeit und auch Geld. Wir setzen daher Ihr Einverständnis voraus, dass wir bei wiederholten Terminversäumnissen einen kostendeckenden Betrag in Rechnung stellen müssen:

90 € pro ausgefallenen 30 Min bei zahnärztlicher Behandlung bzw.

40 € pro ausgefallenen 30 Min bei Prophylaxe.

Wir danken Ihnen herzlich für ein zuverlässiges Miteinander.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich habe die ausliegenden Informationen zum Thema Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin über das Ausfallhonorar informiert.

Datum, Ort

Unterschrift