



**Anmeldung, Seite 1**

Name Patient(in) Vorname Geburtsdatum

Name Versicherte(r) Vorname Geburtsdatum

Anschrift Straße PLZ Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil)

Telefon (Arbeit) e-Mail-Adresse

Name Krankenkasse

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> privat versichert  | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert            |
| <input type="checkbox"/> familienversichert | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung       |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe           | <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert |

An welcher Art der Versorgung sind Sie interessiert ?

- ausreichende Versorgung ( im Rahmen der GKV bzw. Basis-Tarif )
- ästhetisch und werkstoffkundlich hochwertige Versorgung

Möchten Sie eine professionelle Zahnreinigung ( PZR ) durchführen lassen ?  ja  nein

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

da uns Ihre Gesundheit wichtig ist, bitte wir Sie, uns folgende Angaben zu Ihrer Person zur Vermeidung von möglichen Komplikationen zu geben. Selbstverständlich unterliegen diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung ?  ja  nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte Ihren Hausarzt.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

	ja	nein	<b>Allergien</b>	ja	nein
<b>Herz</b>			Wenn ja welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzerkrankung (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie einen Allergiepass ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Glaukom</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wenn ja wann ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Krebserkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Einsetzen einer Herzklappe oder Gefäßendoprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislauf</b>			Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Osteoporose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sind Sie HIV-positiv ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte beachten und vervollständigen Sie auch die **folgende Seite !**



**Anmeldung, Seite 2**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

<b>Blut</b>	ja	nein		ja	nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige Erkrankung / Operation ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche ? _____		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja welche ? _____		
<b>Lunge</b>			<b>Bisphosphat-Medikation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Stoffwechsel</b>			<b>Allgemein</b>		
Zuckerkrankheit (Diabetis), wenn ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger ( in welchem Monat _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2			Rauchen Sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung, wenn ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung ( im Bereich Zahn/ Kiefer/ Kopf ) ? _____		
<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion					
Hepatitis (Gelbsucht), wenn ja welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ausgeheilt ja / nein					
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Nervensystem</b>					
Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Möchten Sie uns weitere Informationen / Hinweise zu Ihrem Gesundheitszustand geben ?

---



---



---



---

**Bitte informieren Sie uns sofort, wenn sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand geändert hat, damit wir Sie jederzeit entsprechend behandeln können.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der auf den Seiten 1 und 2 gemachten Angaben.**

Datum

Unterschrift

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich - umseitig angegebene(r) Patient(in) stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Zwecke  
Behandlung / Abrechnung / Terminabstimmung durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per e-Mail an die Praxis widerrufen  
kann ( Art. 7 Abs. 3 DSGVO ).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis  
zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt ( Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO ).

Datum

Unterschrift