



Anmeldebogen mit Anamnese

Persönliche Angaben

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Tel. Privat:
Handy- Nr.:
E- mail:
Beruf:
Arbeitgeber, Ort:
Tel. Arbeitsplatz:
Krankenkasse:
pflichtversichert? ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name:
Adresse:
Vorname:
Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:
Adresse:

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Sind Sie im Standard- oder Basistarif privat versichert?

Wer hat uns empfohlen?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? Oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja / nein
Sind Sie wegen Osteoporose oder Knochenmetastasen in ärztlicher Behandlung? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein
Haben Sie einen Herzpass? ja / nein
Sind Sie HIV positiv? ja / nein
Haben Sie Hepatitis A/B/C ? ja / nein
Haben Sie Tuberkulose ? ja / nein
Haben Sie Diabetes? ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
Leiden Sie unter Migräne? ja / nein
Sind Sie drogen-, alkohol- oder tablettenabhängig ? ja / nein
Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe ? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein
Schul- oder Berufsunfall? ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen Im Kiefergelenk? ja / nein
Interessieren Sie Implantate? ja / nein
Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein

Möchten Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden? ja / nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ja / nein

Wenn ja, per Brief, per SMS oder per E-mail?

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Kronshagen, den \_\_\_\_\_

## **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Zahnarztpraxis Kronshagen**

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.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung und Ihre Ansprechpartner für Fragen sind Frau Dr. Jost-Ulrich und Frau Dr. Meyer-Rommelmann.

### 1. Recall

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll, um mögliche Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie regelmäßig gerne z.B per Mail oder Brief daran. Dies kann größere Behandlungen, z.B. Zahnersatz, vermeiden helfen.

### 2. Andere Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Zahnärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Beihilfestellen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und Privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen oder zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Dies beinhaltet insbesondere das Anfordern bzw. Weiterleiten von oder durch die eigene Praxis erstellte Röntgenbilder an den jeweils behandelnden oder weiterbehandelnden Arzt oder Zahnarzt.

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.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr.Jost-Ulrich und Dr. Meyer-Rommelmann und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

---

Datum      Unterschrift