



Dr. Steffen Vial & Dr. Miriam Lüders

Zahnärzte | Partnerschaft

Birkenweg 20 – 22850 Norderstedt – Tel.: 040-523 44 54 – Fax: 040-528 18 57 – www.zahnärzte-in-norderstedt.de

ANMELDE- UND GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patient:

- Name, Vorname:
- M / W
- Geburtsdatum:
- Anschrift:

- Tel. – Privat:
- Mobil-Tel.:

- Krankenkasse:
- Hausarzt:

Bei familienversicherten –Versicherter:

- Name, Vorname:
- Geb.-Datum:
- Anschrift:

- Pflichtversichert, gesetzlich Privat versichert Selbstzahler
 Freiwillig versichert, gesetzlich Beihilfeberechtigt Basistarif

Da wir eine Bestellpraxis führen, müssen vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden. Ansonsten behalten wir uns die Geltendmachung eines Ausfallhonorares in Höhe von 50 Euro/Stunde vor.

Die von Ihnen erbetenen Angaben dienen dem Ausschluss eines Behandlungsrisikos und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! (**Bitte zutreffendes ankreuzen (x) oder unterstreichen.**)

Leiden Sie unter einer Herz-Kreislauf-erkrankung?

- Herzfehler, künstl. Herzklappe, Schrittmacher, Bypass
 Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen

Gerinnt Ihr Blut bei Verletzungen verzögert?

Nehmen Sie sog. Gerinnungshemmer? Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck? Niedriger Blutdruck?
 Asthma bronchiale?
 Gelbsucht (Hepatitis) / sonstige Lebererkrankungen _____
 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
 Rheumatische Erkrankungen? Osteoporose
 Immunschwäche (HIV positiv oder AIDS) Tuberkulose
 Epilepsie (Anfallsleiden)
 Besteht eine **Schwangerschaft**? In der wievielten Woche? _____
 Liegen **Allergien** vor (Metalle, Medikamente, etc.)? _____
 Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein? _____

Datum:

Unterschrift:

Folgende Angaben sind freiwillig:

- Sind Sie an einem persönlichen **Planungs- und Beratungsgespräch** interessiert?
 Möchten Sie an Vorsorgeterminen erinnert werden? per Email per Postkarte
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Email:

Beruf:

Datum:

Unterschrift:

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,
haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch?
Dann dürfen wir Sie bitten, dieses durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder unseren Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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).

Norderstedt, den _____

Patient/in

Patienteninformation zur Erfassung personenbezogener Daten

„Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>“