

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team von ZAHNMEDIZIN WEHNER, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name | Vorname Titel

Straße | Hausnummer Geburtsdatum | Geburtsort

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil | erreichbar tagsüber)* E-Mail*

Hausarzt (Name | Ort)**

Haben Sie eine ärztliche | zahnärztliche Überweisung? Ja Nein

Versicherung

Sind Sie familienversichert? Ja Nein

Wenn ja, über wen? (Name | Geb. | Adresse)

Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen? Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Ich leide unter Zahnschmerzen.

Mein Zahnfleisch blutet.

Mein Zahnfleisch zieht sich zurück.

Ich presse oder knirsche mit den Zähnen.

Ich leide unter Mundgeruch.

Ich wurde bereits kieferorthopädisch behandelt.

Ich leide unter Zahnarztangst.

Ich habe Interesse am Thema Prophylaxe.***

Mit meiner Zahnfarbe bin ich nicht zufrieden.***

* Freiwillige Angabe - Wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe - Sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir bzgl. einer Einwilligung auf Sie zu.

*** Freiwillige Angabe - Diese Angabe ist sinnvoll für die Behandlung, jedoch nicht zwingend erforderlich.

IHRE WÜNSCHE UND ANLIEGEN*

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Haben Sie persönliche, nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten?

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? Wenn ja, welche?

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Mehrfachnennungen möglich.

Google Website Jameda

Empfehlung durch _____

Sonstiges _____

HINWEIS ZUR ORGANISATION:

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv für Sie reserviert. Vermeiden Sie daher bitte kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns für nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, entsprechend BGB§611 und 615 vorbehalten, diese in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team von ZAHNMEDIZIN WEHNER

* Freiwillige Angabe – Diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

** Freiwillige Angabe – Hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.