

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Versicherung: _____

gesetzlich/freiwillig privat Zusatzversicherung

Hausarzt: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Herz-/Kreislaufkrankung Herzklappenerkrankung-ersatz

Bluthochdruck Herzinfarkt, Angina Pectoris

Bypass/Stent/Herzschrittmacher Endokarditis Prophylaxe notwendig

Blutgerinnungsstörung Rheuma

Immunschwäche (HIV/Aids) Anfallsleiden (Epilepsie)

Lebererkrankung (Gelbsucht, Hep A,B,C) Nierenfunktionsstörung

Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Augenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung Magen-Darm-Erkrankung

Diabetes Einnahme v. Bisphosphonaten

Tumorerkrankung Sonstige Erkrankung

Osteoporose _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein/welche?: _____

Allergien, wenn ja welche?: _____

Schwangerschaft, wenn ja welche SSW mit Datumangabe: _____

Bitte beachten Sie bei Ihrem Behandlungstermin, dass örtliche Betäubungsmittel (Zahnarztsspritze) die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können!

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die Behandlungskosten möglicherweise nicht in vollem Umfang durch gesetzliche oder private Kostenerstatter übernommen werden.

Falls Sie Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir weisen Sie höflich darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können/dürfen, wenn diese nicht sinnvoll für andere Patienten genutzt werden können.

Unsere Praxis hat sich zum Ziel gesetzt Ihre Zähne zu erhalten! Dazu bieten wir ein breites Spektrum an Prophylaxe Leistungen an. Im Rahmen dieses Konzepts bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice für Kontroll- und Prophylaxetermine an. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Sie hierfür telefonisch/schriftlich kontaktieren dürfen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Seit Mai 2018 gilt die **europäische Datenschutzverordnung** und das neue Bundesdatenschutzgesetz. Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir seit jeher besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben.

Die europäische Datenschutzvorschrift verpflichtet uns dennoch, Sie darüber zu informieren, welche Ihrer Daten wir zu welchen Zwecken erheben, speichern und weitergeben.

Das Merkblatt zum Datenschutz wurde mir vorgelegt und ich willige in die dort genannte Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten ein.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Wir arbeiten mit einem Abrechnungssystem zusammen welches sich **BFS health finance GmbH** nennt. Das Merkblatt zur Information über das Vorgehen dieses Systems wurde mir vorgelegt und ich willige in die dort genannte Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten ein.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____