



Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Die Informationen, die Sie uns geben, sind für Ihre Behandlung wichtig, denn Erkrankungen in anderen medizinischen Fachbereichen, aber auch z.B. Alter und Beruf, können Therapien beeinflussen. Bei Fragen zum Ausfüllen wenden Sie sich bitte an uns! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Diese gilt für jeden Praxismitarbeiter. Angaben zu Beruf, Telefon und E-Mail sind freiwillig.

Patient:
Nachname Vorname Geburtsdatum

Anschrift:
PLZ Ort Straße

Versicherung/ Krankenkasse in Deutschland: Beruf:
 gesetzlich gesetzlich mit Zusatzversicherung privat Basistarif nicht versichert

Bitte ggf. Hauptversicherten eintragen:

Nachname Vorname PLZ, Ort, Straße Geburtsdatum

Zur Terminbestätigung oder für Rückfragen ist es wichtig, Sie zu erreichen. Gerne erinnern wir Sie per SMS oder E-Mail an bestimmte Behandlungstermine. Für diesen Service ist Ihre Mobil-Nummer oder E-Mail-Adresse erforderlich.

Telefon:
tagsüber abends mobil E-Mail

Sind Sie zu uns empfohlen/überwiesen worden?
nein ja von wem?

Allergien welche?

Herz-Kreislauferkrankungen welche?

Herzklappenersatz Bio- od. Kunstklappe?

Herzschritmacher

Blutgerinnungsstörung wodurch?

Diabetes seit wann?

Epilepsie Anfallhäufigkeit?

Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV) welche?

Sonstige Erkrankungen welche?

Nehmen Sie Medikamente? welche?

Haben Sie jemals Bisphosphonate genommen? welches?

(Das sind Medikamente bei Knochen- oder Krebserkrankungen, z.B.: Actonel, Alcasta, Aredia, Bondronat, Bonefos, Bonviva, Clodron, Denosumab, Didronel, Fosamax, Ostac, Pamifos, Skeld, Zometa)

Besteht eine Schwangerschaft? welcher Monat?

Rauchen Sie? wieviel?

Zahnfleischbluten/ Zahnsteinbildung? Kopf-/Nacken-/Kiefergelenksschmerzen?

Schnarchen Sie? Leiden Sie an Tagesmüdigkeit?

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? nein sehr

Welche Wünsche haben Sie an uns?

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte 24h vorher absagen. Haben Sie Verständnis, wenn wir andernfalls eine Ausfallgebühr berechnen. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Praxis Dres. Dippel.

Datum Unterschrift Patient od. gesetzlicher Vertreter





Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. Dippel meine Patientendaten erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde dürfen an mich behandelnde weitere Ärzte/ Zahnärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Darunter fallen beispielsweise Labore, die zur Erstellung von bestimmten Leistungen (etwa Zahntechnik od. Zell- u. Bakterienuntersuchungen) in Anspruch genommen werden, die für Diagnosen und Behandlungen erforderlich sind.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Zahnärzten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich bin einverstanden, dass meine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur Terminerinnerung oder für Hinweise/ Informationen an mich zu meinem Behandlungsfall verwendet werden können. Sollten sich unter der von Ihnen angegebenen Telefonnummer Ihr/ Ihre Lebenspartner/in oder Familienangehörige melden, bin ich einverstanden, dass ich über diese an meinen Termin erinnert werde.

Sie erhalten keine Newsletter oder Werbung.

Sollte der/ die Inhaber dieser Praxis wechseln, so stimme ich der Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den/ die neuen Inhaber zu.

Ich bin berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann jederzeit deren Berichtigung oder Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum



Unterschrift Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter