Praxisgemeinschaft Dr. R. Vogtmann und ZÄ I. Schmidt

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Unser gesamtes Praxisteam steht Ihnen gern mit unserem Wissen und Können zur Verfügung um Sie optimal zu betreuen und Ihre zahnmedizinischen Probleme zu lösen.

Um auf Sie besonders eingehen zu können bitten wir Sie um einige Angaben:

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein:_____

Ich habe eine Allergie auf folgende Stoffe:_____

Ich habe Betäubungen beim Zahnarzt immer gut vertragen: ja ___ nein ___

Ich leide unter folgenden Erkrankungen:

Herz- Kreislauferkrankung wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt ja ___ nein ___

Infektionskrankheit wie z.B. TBC ___ Gelbsucht ___ Aids ___ etc. ___ ja ___ nein ___

Schilddrüsenerkrankung ja ___ nein ___

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja ___ nein ___

Asthma ja ___ nein ___

Grüner Star (Glaukom) ja ___ nein ___

Creutzfeldt- Jakop- Krankheit ja ___ nein ___

Ich habe einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe ja ___ nein ___

Ich habe eine Nierenerkrankung ja ___ nein ___

Tabakkonsum: ja ___ nein ___

Sonstige Erkrankungen, wenn ja folgende: _____

Bei mir liegt folgendes vor: Schnarchen ___ Tagesmüdigkeit ___ Nächtliche Atemaussetzer ___

Ich bin in diese Praxis gekommen weil: _____

Ich war zuletzt beim Zahnarzt: _____

Mein Zahnersatz ist ca. ____ Jahre alt Mein Hausarzt ist: _____

Es besteht eine Schwangerschaft ja ___ nein ___

Ich möchte an meinen Vorsorge- / Prophylaxetermin erinnert werden ja ___ nein ___

Ich lege Wert auf eine entspannte Behandlung: ja ___ nein ___

Ich verpflichte mich vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Wir bieten Ihnen an Sie an Ihre längeren Termine zu erinnern.

Ort/Datum:_____Unterschrift:_____

bitte wenden

Datenschutz

Ich stimme hiermit zu, dass meine personenbezogenen Daten für den Zweck

der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung in der Praxis verwendet sowie für weiterführende Behandlungen durch Fachärzte, Fachzahnärzte und Physiotherapeuten weitergegeben werden.

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).

Ort/Datum:_____Unterschrift:_____

Name	**Beruf**
Vorname	**Arbeitgeber**
Geb.-Datum	Wenn Sie nicht selbst versichert sind:
Strasse	**Name**
PLZ/Ort	**Vorname**
Tel. privat	**Geb.-Datum**
Tel. dienstlich	**Strasse**
Handynr.	**PLZ/Ort**
e- mail Adresse	**Tel. privat**

Ich bin gesetzlich versichert bei folgender Krankenkasse:_____

Ich bin privat versichert: _____

Ihre Zahngesundheit ist uns wichtig und gemeinsam können wir sie erhalten. Dabei hat die Vorsorge zur Vermeidung von Karies und Parodontitis in unserem Praxiskonzept einen hohen Stellenwert.

Ort/Datum:_____Unterschrift:_____