

Allgemeine Patientendaten



Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Für einen reibungslosen Ablauf und eine sichere Behandlung sind jedoch noch einige Fragen zu beantworten. Daher füllen Sie bitte diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bei Fragen Ihrerseits wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank!

Angaben Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r

Frau Herr beide erziehungsberechtigt Sonstiges

Name Vorname geb.

Straße/Nr.

Postleitzahl Ort.....

Telefon mobil E-Mail

Beruf*

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches?

Name der Krankenkasse/Versicherung

gesetzlich pflichtversichert privat versichert beihilfeberechtigt

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, Name der Versicherung.....

Angaben zum Kind

Alter geb.

männlich weiblich

Name Vorname.....

Name des Kinderarztes

Name des behandelnden Zahnarztes (falls bereits in Behandlung)

Name des behandelnden Kieferorthopäden (falls bereits in Behandlung)

Interessieren Sie sich für folgende Themen?

Implantate fester Zahnersatz Kieferorthopädie Ästhetik Schnarchtherapie Vollnarkose

Sonstiges:

Bitte beachten Sie, dass nach einer **örtlichen Betäubung** Ihre Reaktionsfähigkeit – ähnlich wie bei der Einnahme von Beruhigungs- oder Schmerzmitteln – beeinträchtigt ist. In den auf die Behandlung folgenden 2 bis 3 Stunden sind Sie absolut fahruntüchtig und auch innerhalb der ersten 24 Stunden nur bedingt fahrtüchtig. Mit Betreten der Praxis erklären Sie sich mit der Aufnahme durch unsere Sicherheitskameras einverstanden. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher schriftlicher Widerruf (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Bitte beachten Sie, dass wir für Termine, welche nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, eine Ausfallgebühr berechnen.

* Diese Angaben sind freiwillig.