

ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis - wir freuen uns Sie als Patient begrüßen zu dürfen! Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung, benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Wir weisen Sie zudem darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Praxis BonnSmile weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

INFORMATION - VERSÄUMNIS VON TERMINEN

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 1 Stunde oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB), wenn wir den Termin nicht anderweitig vergeben können.

PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon Festnetz/Mobil	E-Mail Adresse	Beruf
Hausarzt	Gesetzlich versichert: <input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> Ja
Krankenkasse	Privat versichert: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie zur Erinnerung an die halbjährlichen Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen in unser Vorsorge-System aufzunehmen.
Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post Per E-Mail Per Anruf


Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, um uns eine sichere und effektive Behandlung zu ermöglichen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Für uns steht Ihre ganzheitliche Gesundheit im Mittelpunkt, da der Mund eng mit dem Wohlbefinden des gesamten Körpers verbunden ist. Mit Ihren Antworten können wir Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen und mögliche Zusammenhänge erkennen, die für Ihre Gesundheit wichtig sind.


<input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen
<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Frühere Parodontitisbehandlungen
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Allergien:
Sonstige Erkrankungen/ andere Angaben:	
Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Welche?	
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	Rauchen Sie?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Wie viel? Zigaretten/Tag

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN UND ALLE INFORMATIONEN ZUR KENNNTNIS GENOMMEN ZU HABEN

Ort, Datum  Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter*)

DATENSCHUTZ

- ♥ Mir ist bekannt, dass meine Erklärungen auch für zukünftige Behandlungen gelten und vor jeder neuen Behandlung widerrufen werden können. Ferner bestätige ich den Empfang einer Kopie dieses Formulars.
- ♥ Mir wurde die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis BonnSmile zur Verfügung gestellt. Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.
- ♥ Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis BonnSmile meine Daten nutzt um mir besondere Informationsmaterialien oder Angebote zu schicken. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit formlos widerrufen.
- ♥ Die Erklärungen auf diesem Patientenbogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- ♥ Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft schriftlich zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Ort, Datum  Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter*)