Hoffmann
Zahnarztpraxis · Implantologie

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.
Vor Ihrer Behandlung benötigen wir, neben Ihren Personalien, auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine risikofreie Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.

Vielen Dank, Ihr Team der Hoffmann Zahnarztpraxis & Implantologie.

Allgemeine Patientenangaben:

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon privat / mobil _____

Telefon beruflich _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse / Krankenversicherung _____ versichert über (bei Fam.-Versicherung) _____

Private Zusatzversicherung ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Nehmen Sie Drogen oder andere Betäubungsmittel ein? ☐ Nein ☐ Ja

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____ Hausarzt: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

☐ Herzerkrankungen
☐ Nierenerkrankungen
☐ Hoher / niedriger Blutdruck
☐ Asthma / Lungenerkrankung
☐ Blutgerinnungsstörung
☐ Schilddrüsenüber- / unterfunktion
☐ Lebererkrankungen
☐ Nervenerkrankungen
☐ Schlaganfall
☐ Diabetes
☐ Herzschrittmacher
☐ Hepatitis
☐ Epilepsie
☐ Tuberkulose
☐ Rheuma
☐ Immunschwäche (HIV / AIDS)

Sonstiges: _____

Grund meines Zahnarztbesuches:

☐ Routine-Untersuchung
☐ Kiefergelenksprobleme
☐ Zahnfleischbluten
☐ Zahnschmerzen
☐ Zähneknirschen
☐ Neuer Zahnersatz
☐ Professionelle Zahnreinigung (PZR)
☐ Zahnlockerung
☐ Probleme mit Zahnersatz

Sonstiges: _____

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Wenn ja, welcher Monat: _____

Wie wichtig ist Ihnen die Ästhetik Ihrer Zähne: _____

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Weiter auf der Rückseite

☐ Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung oder

☐ wünschen Sie nur eine Behandlung der zur Zeit vorhandenen Beschwerden?

Möchten Sie im Rahmen unseres Recall-Systems per SMS an längere Termine erinnnert werden?

☐ Ja (bitte Handynummer oben angeben) ☐ Nein

Allgemeines
Ich wurde darüber Informiert, dass im Falle einer örtlichen Betäubung meine Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist. Ich bin damit einverstanden das, falls es medizinisch relevant ist, Rücksprache mit meinem Hausarzt gahlten wird. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einer Ausfallpauschale von 75€ in Rechnung gestellt. Bitte erscheinen Sie pünktlich zu den Terminen.

Datum: _____ , Zella-Mehlis Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artikel 6, & 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Patient/in:

_____
Familienname, Vorname

_____ _____
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck:

des Recall-Systems per SMS

durch die Praxis zu.

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 DSGVO).

Datum: _____ , Zella-Mehlis Unterschrift: _____