

In unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Sie haben die Möglichkeit Ihre Einwilligung jeder Zeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Um eine möglichst komplikationslose Behandlung durchzuführen, bitten wir Sie die Anmeldung sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. 'Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Name:
Vorname:
Geb.-Datum: /Ort
Straße:
PLZ/Ort:
Tel.:
Krankenkasse:

Beruf:
Arbeitgeber:
Anschrift (AG):
Tel. (AG):

(falls abweichend):

Versicherter:
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ/Ort:

Leiden Sie an:	JA/NEIN
Herz-Kreislaufbeschwerden, wie z.B. Bluthochdruck, Ohnmachtsneigung?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergien / Heuschnupfen/ Asthma?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten, TBC, Gelbsucht, Aids etc.?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutkrankheit, Blutungsneigung?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leberkrankheit?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rheuma / Gicht?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....	
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....	
Haben sie schon einmal Bisphosphonate (bei Osteoporose oder Krebstherapie) eingenommen?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer, z.B. Marcumar oder ASS 100 ein?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wer ist Ihr Hausarzt?.....	
Besteht Schwangerschaft?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....
Datum, Ort, Unterschrift

Anamnese aktualisiert am:	Unterschrift:
Anamnese aktualisiert am:	Unterschrift:

Zahnärztliche Anamnese

JA/NEIN

1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? Wo?
2. Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch? Wo?.....
3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?
4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?
5. Haben Sie manchmal Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder im Gesichtsbereich?
6. Leiden Sie unter chronischen Kopf -, Hals – oder Schulterschmerzen?
7. Benutzen Sie neben Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel?
Welche?.....
8. Rauchen Sie?
9. Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?
10. Wie alt ist evtl. vorhandener Zahnersatz?
11. Kommen Sie : zur Beratung oder Kontrolle?
- zur Notfallbehandlung oder Reparatur des Zahnersatzes?
- zur Sanierung?
11. Haben Sie eine Zusatzversicherung?
12. Besitzen Sie ein Bonusheft?
13. Ich möchte kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden.
Sie können Ihre Einwilligung für das Recall jederzeit widerrufen

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfang sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt, Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre und entbinde damit drs. Henk Vink und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

.....
Datum,Ort, Unterschrift