

**Anmeldung mit Anamnese**

**Patient:** Vorname: ..... Name:..... Geb.-Datum/-Ort:.....  
 Straße:..... Tel./Fax privat:..... Mobil\*:.....  
 PLZ: ..... Ort:..... Tel./Fax Geschäftl.\*:..... E-Mail\*:.....  
 Beruf\*:..... Arbeitgeber\*:..... \* Angabe freiwillig

**Privat versichert:**  ja      Gesetzlich versichert:  ja  
 Versicherung:  ja      Krankenkasse:  
 beihilfeberechtigt:  ja     nein      Zusatzversicherung:  ja     nein  
 Kostenerstattungsverfahren\* gewünscht:  ja     nein  
\* Privatbehandlung bei gesetzlicher Versicherung

**Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):**

Vorname: ..... Name: ..... Geb.-Datum/-Ort:.....  
 Straße:..... Tel./Fax privat:..... Mobil\*:.....  
 PLZ: ..... Ort:..... Tel./Fax Geschäftl.\*:..... E-Mail\*:.....  
 Beruf\*:..... Arbeitgeber\*:..... \* Angabe freiwillig

**Erkrankungen**     Angina pectoris                       Bluterkrankheit                       Schilddrüsenerkrankung  
                           Bluthochdruck                               Herzschrittmacher                       künstliche Herzklappe  
                           Diabetes mellitus                               Medikamentenallergie.....                       Sonstige Allergien .....  
                           Infektionskrankheiten (Aids, Tbc, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit etc.) .....  
                           Sonstige Erkrankungen .....

**Rauchen Sie?**  ja     nein                      **Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  ja     nein  
**Nehmen Sie Medikamente ein?**  ja, und zwar .....  
**Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt?**  ja     nein    **Wenn ja, welche:** .....  
**Nehmen Sie oder nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose ein (sog. Bisphosphonate)?**  ja     nein  
**Wenn ja, welche?** .....  
**Rontgen: Wann - und wenn ja, weshalb - wurden Sie das letzte Mal geröntgt?** .....  
**Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?**  ja     nein  
**Sind Sie schwanger?**  ja, im ..... Monat     bin nicht sicher                       nein

**Adresse Ihres Hausarztes**    Name:..... Tel.:..... Fax:.....  
 Straße:..... PLZ: ..... Ort:.....

**Hinweis zur Krankenversicherten**    Wenn Sie ihre elektronische Gesundheitskarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnen müssen.

**Hinweis zur Zahnersatzbehandlung**    Zu Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der voraussichtlichen Material- und Laborkosten anzuzahlen, die noch ausstehenden Kosten werden bei Behandlungsabschluss fällig. Alternativ können davon abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.

**Hinweis zur Terminvereinbarung**    Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie ihren Termin nicht einhalten können.

**Hinweis zum Datenschutz**    Patienteneinwilligung zum Datenschutz.  
 Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen ihnen und ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet. Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).  
 Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weiter gegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.  
 Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

.....  
 Ort, Datum                                      Unterschrift Patient /Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertretender  
 ausgewiesen durch:     Versichertenkarte                       Personalausweis/Reisepass, Nr. ....