

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH freut sich sehr Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.



**ZAHNMEDIZIN
ERLEENSEE**

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Wenn die Angaben zum Versicherten abweichen, bitte ankreuzen und ausfüllen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Ich möchte am Recall-System der Praxis teilnehmen, um dadurch an meine Termine erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung bestimmter Daten (E-Mail Adresse, Telefonnr., Mobilnr.) durch die Praxis zu.

(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Versicherung

Bei welcher Versicherung sind Sie versichert?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> privat versichert |
| <input type="radio"/> freiwillig gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt |
| <input type="radio"/> Zusatzversicherung | <input type="radio"/> Basistarif |

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Zweitmeinung | <input type="radio"/> Beratung |
| <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> sonstiges _____ |

Allgemeine Gesundheitsfragen

- Allergiepass ja nein
Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Leiden Sie an Osteoporose? ja nein
Schlaganfall ja nein
Diabetes ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Asthma ja nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

Infektionskrankheiten:

- HEP A/B/C ja nein
HIV ja nein
Befinden Sie sich derzeit in
Psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
Haben Sie Allergien? ja nein
Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Sonstige Erkrankungen ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Frauen im gebärfähigen Alter:

- Sind Sie schwanger? ja nein
Ich bin mir nicht sicher ja nein

Falls ja, erhalten Sie eine Jahresinfusion oder Tabletten?
Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Gesundheitszustand im Mund

- Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ja nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein
Leiden Sie unter Mundgeruch oder
schlechtem Geschmack im Mund? ja nein
Gehen Sie regelmäßig zur Prophylaxe?
(jährlich oder halbjährlich) ja nein
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Zur Behandlungsdokumentation und zur Speicherung meines Profilbildes (bessere Identifikation innerhalb der Patienten-
kartei) willige ich in die Speicherung meiner Bilder ein.
(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Wider-
ruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Ich möchte am Recall-System der Praxis teilnehmen, um dadurch an die Fälligkeit der Vorsorgeuntersuchung erinnert zu
werden. Dafür stimme ich der Speicherung bestimmter Daten (E-Mail Adresse, Telefonnr., Mobilnr.) durch die Praxis zu.
(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum
Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, zur Verarbeitung
meiner Daten gemäß Informationspflichten nach Art. 13, Art. 14 EU-DSGVO. Mir ist bekannt, dass ergänzende datenschutzrecht-
liche Angaben auf unserer Homepage (siehe unten) zu finden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient