

**Anmeldebogen für neue Patienten / Aktualisierung von Patienten-Daten**

<b>Haupt-Versicherter</b> (Zahlungspflichtiger)	<b>Familienangehöriger</b>
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum/Ort	Geburtsdatum/Ort
Wohnort	Wohnort
Straße, Nr.	Straße, Nr.
Telefon <small>privat</small>	Telefon <small>privat</small>
Telefon/Arbeit, Handy	Telefon/Arbeit, Handy
email	
Zusatzversicherung                    ja        nein	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Krankheiten können Auswirkungen auf ihre Behandlung haben. Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Gesundheits-Vorgeschichte (Anamnese). Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ein schriftlicher Widerruf ist jederzeit möglich (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Der Speicherung persönlicher Daten stimme ich mit meiner Unterschrift zu**

**X** (Name/Datum) .....

<b>Hausarzt</b> (Name, Anschrift, Telefon):			Nehmen Sie <b>regelmäßig Medikamente</b> ein, welche? Angaben bitte auf der Rückseite >>>
---	--	--	--

<b>Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?</b>			Falls Sie mit „ <b>ja</b> “ antworten, bitte ergänzende Angaben eintragen: <b>&gt;&gt;&gt; Rückseite</b>
1. Allergie (welche?)	nein	ja	
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	nein	ja	
3. Atemwegserkrankungen (welche?)	nein	ja	●
4. Blutgerinnungsstörung (Marcumar, ASS)	nein	ja	○
5. Diabetes (welcher Typ?)	nein	ja	○ ●
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	nein	ja	●
7. Hepatitis, Lebererkrankungen	nein	ja	
8. Herz-Kreislauf-Erkrankung, Herzschrittmacher	nein	ja	
9. Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	nein	ja	●
10. Hypotonie (niedriger Blutdruck)	nein	ja	
11. HIV-positiv / AIDS	nein	ja	○
12. Magen-Darm-Erkrankungen	nein	ja	
13. Nierenerkrankungen	nein	ja	
14. Osteoporose	nein	ja	
15. Schilddrüsenerkrankungen	nein	ja	●
16. Tumorerkrankungen	nein	ja	○
17. Frühere Operationen? (welche?)	nein	ja	
18. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	nein	ja	
19. Besteht eine Schwangerschaft?	nein	ja	●
20. Nehmen Sie Medikamente? (welche?)	nein	ja	<b>Angaben bitte auf der Rückseite &gt;&gt;&gt;</b>

**Wichtig!**

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt! Dadurch entstehen Ihnen kaum Wartezeiten - wir können Sie in Ruhe in der für Sie reservierten Zeit behandeln. **Vereinbarte Termine sind einzuhalten oder spätestens einen Tag vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diesen Fragebogen sorgfältig gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Datum / Unterschrift/en .....

**X**

Patient

und

Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter



Hindenburgstraße 64  
36355 Grebenhain  
Telefon 06643 – 1733  
Fax 06643 - 8721

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung  
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO**

**Unser Recall-System**

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns, wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (eintragen wie der Recall erfolgt- Mail, Brief etc.) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten 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 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**X**

\_\_\_\_\_  
Patient/in