



DR. BIRKNER DR. BERGER

ZAHNHEILKUNDE

Schön, dass Sie bei uns sind! Wir freuen uns sehr, Sie in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihre zukünftigen Besuche so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir heute kurz Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Aufnahmebogen gewissenhaft auszufüllen, da auch allgemeinmedizinische Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank dafür!

Persönliche Angaben:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon mobil
Beruf	Arbeitgeber	

Versicherungsangaben:

Krankenkasse

<input type="radio"/> gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Zusatzversicherung
<input type="radio"/> privat versichert	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt

Für den Fall, dass Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind, ergänzen Sie nachstehend bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Halbjährliche Recall (Erinnerung) wie folgt gewünscht:

Gerne erinnert Sie unser Rezeptions-Team an regelmäßige und bevorstehende Termine

- SMS
 Brief
 E-Mail
 Anderes Kommunikationsmittel gewünscht
 z.B. _____

Auf uns können Sie sich verlassen!



Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung im Vorbeigehen Internet _____
 Überweisung Werbeanzeige/Zeitschrift Sonstiges _____

Was Sie Ihrer Zahnarztpraxis schon immer einmal sagen wollten oder Ihnen wichtig ist uns mitzuteilen:

Allgemeine Gesundheitssituation:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Herz-/ Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? _____ | |
| Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? _____ | |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung (Hep. A, B, C) | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Kreislaufschwäche (Ohnmacht) | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? (Stück. pro Tag) | _____ <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja / eventuell) | <input type="checkbox"/> |

Allergien / Medikamentenunverträglichkeit / Allergiepass? Nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen / Infektionen Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

Behandelnder Hausarzt (Name / Ort): _____

Mundgesundheit:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|--------------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutung beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR/ Prophylaxe)? | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannung, Tinnitus? | <input type="checkbox"/> |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig - jedoch mindestens 24 Stunden vorher - abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine ggf. noch kurzfristig anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Grundsätzlich behalten wir uns vor, ausschließlich bei zu kurzfristig oder nicht abgesagten Terminen, Ihnen mind. 60 Euro in Rechnung zu stellen.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift



Datenschutz

Seit dem 25.05.2018 gilt das neue Datenschutzgesetz. Daher benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre persönlichen Daten zu Dokumentationszwecken zu speichern. Wir sind verpflichtet die Behandlungsunterlagen mindestens 10 Jahre, Röntgenbilder bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

Diese Daten werden nur mit Ihrer Zustimmung verschlüsselt an Dritte (z.B. andere Zahnärzte, Hausarzt, etc.) weitergegeben.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation, Erhebung der Gesundheitsanamnese, Erstellung von Röntgenbildern und Fotos zur Behandlungsdokumentation durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder via 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).

Name, Vorname (ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in (ggf. Erziehungsberechtigte/r)

