



# 1.Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum				
Straße/Nr.	PLZ		Ort		
Telefon Festnetz/Mobil					
Beruf Pflege	Pflegestufe+Diagnose:				
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?					
Familienversichert bei (Name, Geburtsdatum)?					
r animenversionert bei (Name, Geburtsdatum):					
2. Allgemeine Situation			Bemerkung		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Welch	e?			
z.B. Blutverdünner wie Xarelto, Eliquis, Marcum					
Bitte zutreffendes ankreuzen!					
künstliches Gelenk / Endoprothese	()ja	() nein			
Haben Sie Allergien?	( ) ja	() nein			
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörung	( ) ja	() nein			
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappe	nersatz ( ) ja	() nein			
Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC	C, HIV) () ja	() nein			
Rheuma	( ) ja	() nein			
Asthma	( ) ja	() nein			
Diabetes ( HbA 1c Langzeitblutzuckerwert )	( ) ja	() nein			
Epilepsie	( ) ja	() nein			
Schilddrüsenerkrankung	( ) ja	() nein			
Glaukom	( ) ja	() nein			
Osteoporose	( ) ja	() nein			
Tumorerkrankungen	( ) ja	() nein			
Magen-Darm-Erkrankung	( ) ja	() nein		<del> </del>	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele?	( ) ja	() nein			
Drogenkonsum/ regelmäßiger Alkoholkonsum?	( ) ja	() nein			
Besteht eine Schwangerschaft?	( ) ja	() nein			
Blutdruck	() nied	drig	() normal	() hoch	
Wer ist ihr Hausarzt?					
Sonstiges					

#### Seite 1 von 2

#### 4. Zahn-Mund-Situation

		Bemerkung
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
( ) ja	() nein	
	() ja () ja () ja () ja () ja () ja	() ja () nein () ja () nein

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt.

Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitige (d.h. möglichst 24 Std. vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absagen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten.

## Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

Erhalten Sie wegen Beschwerden/ Schmerzen einen Notfalltermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen mit Wartezeit rechnen.

Ist für die Behandlung eine Anästhesie notwendig, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es dadurch zu einer verminderten Reaktionszeit im Straßenverkehr kommen kann und empfehlen deshalb 24h nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS von der oben genannten Praxis erhalte und mir elektronisch unverschlüsselt übermittelt werden. Dieser Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

### **Datenschutzerklärung:**

Ich gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde wie Röntgenaufnahmen und Fotografien und Abdrücke der Kiefer, soweit dies im Rahmen der Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsunterlagen und Befunde anderen, an meiner Behandlung beteiligten Personen (Zahnärzte, Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten,...) zur Verfügung gestellt und auf postalischem oder elektronischem Wege (verschlüsselt, unverschlüsselt) mit meinen weiteren Behandlern ausgetauscht werden können.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen (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).

Ort. Datum	Unterschrift:
On. Dalum	Unterschill.