zmz +recke
ZAHNMEDIZINISCHES ZENTRUM RECKE

AUFNAHMEBOGEN

PATIENT

Name .....

Vorname .....

Geb.-Datum .....

Geburtsort .....

Strasse, Nr. .....

PLZ/Ort .....

Tel. .....

Tel. tagsüber .....

Mobil .....

E-Mail .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Erinnerungssystem, in dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern.
Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall System aufnehmen?

◯ Ja ◯ Nein

Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung das dafür vorgesehene Zahnarzthonorar privat in Rechnung stellen müssen.
Daher haben wir einen Terminerinnerungsservice in unserer Praxis. Bei längeren Terminen rufen wir Sie einen Tag vorher an. Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten Vorsorge- oder Behandlungstermin per

◯ Telefon ◯ E-Mail ◯ Postkarte ◯ SMS

Ich bin damit einverstanden, dass bei Telefonaten Informationen zu Terminen auf den Anrufbeantworter gesprochen oder den nächsten Angehörigen mitgeteilt werden dürfen.

◯ Ja ◯ Nein

MITGLIED / VERSICHERTER

Name .....

Vorname .....

Geb.-Datum .....

Beruf .....

Arbeitgeber .....

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

◯ gesetzliche Krankenkasse

.....

◯ **Zusatzversicherung** ◯ Freiwillig versichert

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre elekektronische Versichertenkarte (EGK). Liegt diese 14 Tage nach dem ersten Besuch im Quartal nicht vor, behalten wir uns vor, Ihnen die erbrachten Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

◯ Privatversicherung

.....

◯ Beihilfeberechtigt ◯ Basistarif ◯ Standardtarif

Sind Sie einem Pflegegrad zugeordnet oder erhalten Sie Eingliederungshilfe (§§15+53 SGB)*?

◯ Ja ◯ Nein

*in diesen Fällen haben Sie Anspruch auf zusätzliche Prophylaxe als Kassenleistung: Hierzu benötigen wir Ihren Pflegebescheid.

Bitte wenden!

zmz +recke
ZAHNMEDIZINISCHES ZENTRUM RECKE

ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.
Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit. Danke!

Bitte ankreuzen	Nein	Ja
ALLGEMEINE SITUATION		
Hausarzt/ Ort		
.....		
.....		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? z. B. Blutverdünner wie Ass, Marcumar, Pradaxa, Xarel, Eliquis etc. wenn ja, welche?	○	○
.....		
Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Betäubungsspritzen? Wir weisen darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung unter Umständen zu Einschränkungen führen kann	○	○
Medikamentenallergie wenn ja, welche?	○	○
.....		
Blutgerinnungsstörungen	○	○
Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?		
Herzerkrankungen wenn ja, welche?		
.....		
Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?	○	○
Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein künstliches Gelenk eingesetzt bekommen? wenn ja, wann?	○	○
Hoher Blutdruck	○	○
Niedriger Blutdruck	○	○
Blutgerinnungsstörungen	○	○
Diabetis (Zuckerkrankheit)	○	○
Schilddrüsenerkrankung	○	○
Asthma	○	○
Schweres Rheuma	○	○
Infektionskrankheiten		
Hepatitis	○	○
TBC	○	○
HIV	○	○

Bitte ankreuzen	Nein	Ja
Sonstige ernsthafte Erkrankungen?		
.....		
.....		
Besteht eine Schangerschaft	○	○
○ ungewiss? ggf. wievielte Woche?		
ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE		
Haben Sie ein Bonusheft? Bitte bringen Sie dieses zum 1. Termin mit in die Praxis		
Sind Sie Raucher?	○	○
Tragen Sie Zahnersatz? wenn ja, seit ..... Jahren	○	○
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	○	○
Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung bekommen?	○	○
Ist bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleisch-Behandlung durchgeführt worden?	○	○
Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?		
.....		
Welchen besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis		
.....		
.....		
.....		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

.....

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung & -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Unsere detaillierten Datenschutzbestimmungen nach Art. 13 DSGVO liegen in der Praxis für Sie zur Mitnahme bereit.

.....

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)