Dres. Blanke & Partner
ZAHNÄRZTE

ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN · IMPLANTOLOGIE · PARODONTOLOGIE · BLEACHING
MEISTERGEFÜHRTES LABOR

Hauptstraße 104 · 28876 Oyten · Tel. 04207 5955 · Fax 04207 5143 · www.blanke-partner.de

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Telefon privat _____

Mitglied/Versicherter _____ Geburtsdatum _____ Telefon _____

PLZ, Ort _____ Straße, Nr. _____ E-Mail Adresse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon dienstlich _____ Mobil _____

Geschlecht
weiblich ◯
männlich ◯
unbestimmt ◯

Krankenversicherung: ◯ gesetzlich ◯ privat ◯ Anspruch auf Beihilfe ◯ Zusatzversicherung

Krankenkasse: _____

Allgemeine Situation / Gesundheit

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	◯	◯
_____		
Blutdruck: niedrig ◯ hoch ◯	◯	◯
Herzerkrankungen / Herzrythmusstörungen / Herz-OP	◯	◯
Endokarditisprophylaxe erforderlich	◯	◯
Tragen Sie einen Herzschrittmacher	◯	◯
Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS)?	◯	◯
Schlaganfall	◯	◯
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)	◯	◯
Diabetes (Zuckerkrankheit)	◯	◯
Schilddrüsenerkrankung	◯	◯
Sonstige Erkrankungen / Operationen	◯	◯
z.B. Glaukom, Asthma, Osteoporose, Epilepsie, Krebs		
andere _____		
Besteht eine Schwangerschaft?	◯	◯
wenn ja ____ (Woche)		
Rauchen Sie? Wenn ja wieviele Zigaretten / Tag ____	◯	◯
Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)		
_____		
_____		

Zahn-Mund-Situation

	ja	nein
Zahnfleischbluten	◯	◯
Zahnfleischrückgang	◯	◯
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	◯	◯
Schmerzen im Kopf oder im Nacken?	◯	◯
Sind Sie mit der Stellung / Farbe / Form		
Ihrer Zähne zufrieden?	◯	◯
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?		
Vor_____ Monaten		
Wann war Ihre letzte Zahnarztbehandlung _____		
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
Telefonbuch ◯ Internet ◯ jameda ◯ Lage der Praxis ◯		
Gelbe Seiten ◯ facebook ◯ Freunde / Bekannte ◯		
auf Empfehlung von _____		
Dürfen wir Ihnen unseren Service anbieten, Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern? (Recall)	◯	◯
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	◯	◯
Wenn ja, welche _____		
_____		

Ich bin über die Risiken von lokalen Betäubungen bei zahnärztlichen Eingriffen aufgeklärt worden und willige in die Behandlung ein.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich nach einer lokalen Betäubung und chirurgischen Eingriffen nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen und keine Maschinen bedienen darf.

Wir machen darauf aufmerksam, dass wir Ihnen leider eine Ausfallrechnung stellen müssen, wenn eine Terminabsage nicht wenigstens 24 Stunden vorher erfolgt ist.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen, gesetl. Vertreter) _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung siehe Rückseite →

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten, gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu und willige ein, diese bei Bedarf an Dritte (Ärzte/Zahnärzte, Physiotherapeuten, Krankenhäuser/MVZ's, Gutachter, Kassenärztliche Vereinigungen, private Versicherungen, Beihilfestellen, private Abrechnungsstellen) weiterzuleiten.

Personenbezogen Daten sind neben Namen, Geburtsdatum, Adresse, Beruf, Versichertenstatus, vor allem Gesundheitsdaten wie Anamnese, Diagnosen, Therapien, Befunde und Röntgenaufnahmen.

Diese o. g. Einwilligungserklärung kann ich jederzeit schriftlich o. per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass der Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO.

Oyten, den _____ Patient/-in _____

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den regelmäßigen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Ich bin bereit, an Ihrem sog. Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten (s.o.) durch ihre Praxis zu.

Oyten, den _____ Patient/-in _____