



ZZI Melsungen

Zahnärztl. Leitung:
Dr. Petra Rauch, MSc., MSc.

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH freut sich sehr Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten und Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Ich möchte am Recall-System der Praxis teilnehmen, um dadurch an meine Termine erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung bestimmter Daten (E-Mail Adresse, Telefonnr., Mobilnr.) durch die Praxis zu.

(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Versicherung:

Bei welcher Versicherung sind Sie versichert?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> privat versichert |
| <input type="radio"/> freiwillig gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt |
| <input type="radio"/> Zusatzversicherung | <input type="radio"/> Basistarif |

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Zweitmeinung | <input type="radio"/> Beratung |
| <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> sonstiges: _____ |

Allgemeine Gesundheitsfragen:

- Allergiepass ja nein
Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Leiden Sie an Osteoporose? ja nein
Schlaganfall ja nein
Diabetes ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Asthma ja nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein

Falls ja, erhalten Sie eine Jahresinfusion oder Tabletten?
Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten:

- HEP A/B/C ja nein
HIV ja nein

Befinden Sie sich derzeit in
Psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Frauen im gebärfähigen Alter:

Sind Sie schwanger? ja nein

Ich bin mir nicht sicher ja nein

Gesundheitszustand im Mund:

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch oder
schlechtem Geschmack im Mund? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zur Prophylaxe?
(jährlich oder halbjährlich) ja nein

Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen, bitten wir Sie, pünktlich zu Ihrem Termin zu erscheinen. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, geben Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher Bescheid, um die Chance zu haben, anderen Patienten den Termin anzubieten.

Zur Behandlungsdokumentation und zur Speicherung meines Profilbildes (bessere Identifikation innerhalb der Patientenkartei) willige ich in die Speicherung meiner Bilder ein.

(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, zur Verarbeitung meiner Daten gemäß Informationspflichten nach Art. 13, Art. 14 EU-DSGVO. Mir ist bekannt, dass ergänzende datenschutzrechtliche Angaben auf unserer Homepage (siehe unten) zu finden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Ihr Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH.

www.zzi-dr-rauch.de