



Anmeldebogen

Herzlich willkommen!

Um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person, Ihrer Gesundheit und Vorbehandlungen. Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular möglichst vollständig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der aktuellen Datenschutzrichtlinien.

Angaben zur Person:

Patient:

Name	Vorname	Geb. Datum
Geburtsname		Geburtsort
Straße / Nr.	Postleitzahl	Ort
Telefon privat	Telefon tagsüber	

gegebenenfalls Erziehungsberechtigter / Vormund:

Name	Vorname	Geb. Datum
Straße / Nr.		Ort
Telefon privat	Telefon tagsüber	

Krankenversicherung: gesetzlich privat Name der Versicherung:

Angaben zur Gesundheit:

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben dienen Ihrer eigenen Sicherheit und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (★) | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (★) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> psychische Erkr. (★) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. (★) | <input type="checkbox"/> HIV Infektion |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen (★) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung (★) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

*bitte nähere Angaben

Andere Krankheiten:

Allergien:

BITTE WENDEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Ihr Hausarzt:

Ihr voriger Zahnarzt:

Möchten Sie unverbindlich an Ihre 1/2 jährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden?

nein

per Brief

per Mail

Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, kann es notwendig sein, Ihre Daten (Röntgenbilder, Befunde, Diagnosen und Behandlungsdaten) an andere Ärzte zu senden, oder diese von Ihnen anzufordern. Dafür benötigen wir Ihre Zustimmung.

Ich erlaube Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Burbach den Austausch der oben genannten Daten mit anderen Ärzten/Zahnärzten soweit dies zu meiner Behandlung notwendig ist.

ja nein

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Informationen zu Datenschutz und Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung in unserer Praxis erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder Ihrer Einwilligung. Weitere ausführliche Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.mein-zahnarzt-gross-umstadt.de/j/privacy>.

Verantwortlich für den Datenschutz in unserer Praxis sind:

Dr. Dagmar und Christoph Burbach

Bruchweg 15

64823 Groß-Umstadt

Tel.: 06078 910355 Fax: 06078 910366

Im Falle datenschutzrechtlicher Verstöße steht dem Betroffenen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Zuständige Aufsichtsbehörde in datenschutzrechtlichen Fragen für unsere Praxis ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

Tel. 0611 14080

E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

<https://www.datenschutz.hessen.de>