FaireDentaire
Gemeinsam für gesunde Zähne

ANAMNESEBOGEN

Patient

Name, Vorname .....

Geb.datum, -ort .....

Straße, Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon, Mobil .....

E-Mail .....

Empfehlung über .....

Krankenkasse .....

- Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

sofern privat versichert:

- Beihilfe ☐ ja ☐ nein
- Basistarif ☐ ja ☐ nein

Beruf .....

Hauptversicherter (bei Kindern, Familienversichterten & betreuten Personen)

Name, Vorname .....

Geb.datum, -ort .....

Anschrift .....

.....

Hausarzt bei chron. Erkrankungen (Name, Anschrift, Tel.) .....

Pflegegrad/ Eingliederungshilfe (inkl. Nachweis) .....

Gesundheitsfragen - Liegen oder lagen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Herz/ Kreislauf	☐ ja	☐ nein	Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Blutdruck	☐ ja	☐ nein	Endokarditis (Herz)	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnung	☐ ja	☐ nein	Weitere Angaben	.....	

Diabetes	☐ ja	☐ nein	Schilddrüse	☐ ja	☐ nein
Epilepsie	☐ ja	☐ nein	Magen-Darm	☐ ja	☐ nein
Lunge	☐ ja	☐ nein	Gelenke (Rheuma ...)	☐ ja	☐ nein
Leber	☐ ja	☐ nein	Knochen	☐ ja	☐ nein
Niere	☐ ja	☐ nein	Weitere Angaben	.....	

Rauchen Sie	☐ ja	☐ nein	Schwanger	☐ ja	☐ nein/ welche Woche .....
Alkoholabhängigkeit	☐ ja	☐ nein	Infektion (HIV,Tbc,Hep..)	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein	➡ wenn ja, welche		

Weitere Angaben/ Erkrankungen .....

Regelmäßige Medikamenten-Einnahme **(Medikamentenplan)**? .....

Allergien/ Unverträglichkeiten **(Anästhesie, Antibiotika, Metalle, ...)**? .....

Letzte Röntgenaufnahme im Mund in Fremdpraxis? .....

Fragen/ Anmerkungen? .....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

Bitte wenden

FaireDentaire
Gemeinsam für gesunde Zähne

ANAMNESEBOGEN

Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten erfüllen zu können, müssen wir Daten zu Ihrer Person erheben und verarbeiten. Dabei umfassen Ihre personenbezogenen Daten insbesondere: Kontaktdaten, Versicherungsstatus, Bankverbindung, Anamnese, Diagnosen, Befunde, Arztbriefe, Therapievorschläge und Röntgenaufnahmen.
Die Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen. Dritte sind natürliche & juristische Personen, die in Kontakt mit der Zahnarztpraxis stehen: u.a. andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen, auch Bevollmächtigte und Erziehungsberechtigte von Patienten.

Ich willige in die Speicherung, Verarbeitung und o.g. Weitergabe meiner personenbezogenen Daten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass mein Widerruf das Ende eines bestehenden Behandlungsvertrages zur Folge hätte.

…… ……
Ort, Datum Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

Ausfallgebühr

Wir führen eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für Sie reserviert ist. Daher bitten wir Sie höflichst, Termine, die Sie nicht einhalten können, rechtzeitig abzusagen (mindestens 24h vor dem vereinbarten Termin). Andernfalls entstehen durch Ausfallzeiten finanzielle Einbußen. In solchen Fällen behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die ausgefallene Behandlungszeit gemäß §§ 615, 293 BGB in Rechnung zu stellen – es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Es wird vereinbart, dass Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

…… ……
Ort, Datum Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter

Terminerinnerung

Unsere Praxis bietet einen kostenfreien Erinnerungsservice für Termine an. Sofern Sie es wünschen, erinnern wir Sie gerne an bereits vereinbarte Termine oder wiederkehrend (gemäß festgelegtem Intervall) an die Vereinbarung anstehender Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxe-Maßnahmen.

☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen von der Praxis erhalten ☐ per SMS ☐ per E-Mail
☐ Nein, ich habe kein Interesse an diesem Service

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

…… ……
Ort, Datum Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertrete

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Adresse oder Ihres Gesundheitszustandes mit.