



## HOFFMANN & SIMON

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE & KIEFFRORTHOPÄDIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um Ihnen eine optimale und sichere Behandlung garantieren zu können, bitten wir Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst ausführlich aus.

Patient:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>				

Versicherter:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.:	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------	----------------------	-------	----------------------

Anschrift:

Straße, Nr.:	<input type="text"/>				
Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>		
Tel. geschäftlich*:	<input type="text"/>				
E-Mail:	<input type="text"/>				

Krankenkasse:	<input type="text"/>	Zusatzversicherung *: ja <input type="checkbox"/> oder nein <input type="checkbox"/>
Beruf *:	<input type="text"/>	Arbeitgeber *: <input type="text"/>
Hausarzt *:	<input type="text"/>	

\* = freiwillige Angabe

Möchten Sie von uns kostenlos an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?

Ja, per Post     Ja, per Mail     Nein

Möchten Sie von uns kostenlos per SMS an Ihre Termine erinnert werden?    ja     nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Haben Sie besondere Wünsche oder Fragen Ihre Zähne betreffend? Wenn ja, welche?

Haben Sie Interesse an Prophylaxe?    ja     nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?



**BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?**

**HERZERKRANKUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**NIERENERKRANKUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**INFEKTIONSKRANKHEITEN** ja  nein

- Hepatitis .....  HIV
- Tuberkulose

Sonstige

**ALLERGIEN** ja  nein

- Penicillin  Latex

Sonstige

**DIABETES** ja  nein

**BLUTDRUCKERKRANKUNGEN** ja  nein

**LUNGENERKRANKUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**AUGENERKRANKUNGEN** ja  nein

- Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

Sonstige

**Gelenkersatz – Operationen** ja  nein

Wann?

**TUMORERKRANKUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**OSTEOPOROSE** ja  nein

**SCHWANGERSCHAFT** ja  nein

Welcher Monat?

**SONSTIGE ERKRANKUNGEN** ja  nein

Wenn ja, welche?

**NEHMEN SIE AKTUELLE MEDIKAMENTE EIN?**

**BLUTGERINNUNGSHEMMER** ja  nein

- ASS100  Xarelto  Marcumar

Sonstige

**BISPHOSPHONATE** ja  nein

Wenn ja, welche?

Sonstige **Medikamente?**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Datenschutz / Verarbeitung bzw. Weitergabe von personenbezogenen Daten**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Diese rechtlichen „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ liegen bei uns in der Praxis aus und sind einsehbar. In bestimmten Fällen ist es unerlässlich, Daten mit anderen Ärzten (zum Beispiel Ihrem Hausarzt, Hauszahnarzt, Kieferorthopäden, Chirurgen), Krankenkassen, Zahntechnischen Laboren auszutauschen oder es besteht die Notwendigkeit Abrechnungsdaten an das Zahnärztliche Verrechnungszentrum (ZVD) weiterzugeben. Dies dient ausschließlich dem fachlichen Austausch, sowie Ihrer optimalen zahnmedizinischen Versorgung.

Mir ist bekannt, dass ich die oben genannte Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter