



HOFFMANN & SIMON

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE & KIEFERORTHOPÄDIE

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"/>				
Kranken- kasse:	<input type="text"/>	Zusatzversicherung *: ja <input type="checkbox"/> oder nein <input type="checkbox"/>				
Pflegegrad?	<input type="text"/>					
Beruf *:	<input type="text"/>	Arbeitgeber *:				<input type="text"/>
Hausarzt *:	<input type="text"/>					

* = freiwillige Angabe

Möchten Sie von uns kostenlos per E-Mail an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?

ja 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