



Herzlich Willkommen

Wir bitten Sie, diesen Anmeldebogen für unsere Kartei auszufüllen.
Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes
und Ihrer Adresse mit.

Vorname: _____ Straße: _____
Nachname: _____ PLZ: _____
Geburtsdatum: _____ Ort: _____
Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
E-Mail: _____@_____

Name der Krankenkasse _____

Minderjährige: (bitte Versicherten angeben) _____

Für Privatversicherte: Basistarif? Nein Ja

Zusatzversicherung: Nein Ja

Wenn ja seit wann? _____ Wo? _____

Möchten Sie alle 6 Monate an Ihre Kontrolluntersuchungen erinnert werden?

Nein

Ja per Telefon per Brief per E-Mail

Sie als Patient sind uns wichtig

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Ja Nein

Sind Sie sehr schmerzempfindlich Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch Ja Nein

Haben Sie Probleme mit den Zähnen Ja Nein

Gesundheitliche Fragen (bitte ergänzen Sie Krankheit und die Medikamente)

Herzerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Blutverdünner	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Niedriger Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Hoher Blutdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Rheuma/Osteoporose	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
AIDS/Hepatitis/HIV	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkr.	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Epilepsie:	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Magen-, Darm-, Leber-, Nierenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Drogen-alkoholabhängig	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Rauchen Sie?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Haben Sie Allergien ? Nein ja
welche? _____

Allergiepass vorhanden? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente Nein Ja
welche? _____

Frauen

besteht eine Schwangerschaft Nein Ja Woche? _____

Terminhinweis

Wir möchten Sie zudem darauf hinweisen, dass wir nach einem Bestellsystem arbeiten. Deshalb bitten wir Sie, Termine wenn möglich 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir anderen Patienten die Möglichkeit geben können, diese Termine wahrzunehmen. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen wir Ihnen die reservierte Zeit privat in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt Dr. Kai Rodenhauser die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem Kollegen Dr. Georg Klima aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfe, Fach- und Laborangestellte).

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Information - bitte aufmerksam lesen

Infolge unserer Überzeugung verwenden wir in der Praxis kein Amalgam als Füllungswerkstoff.
Für die Versorgung der Backenzähne zahlt die Krankenkasse allerdings immer noch nur diesen Werkstoff.

Wir versorgen Ihre Zähne mit aufwendigen hochwertig
adhäsiv befestigten Kunststoff-Keramikfüllungen

- für Sie bedeutet das -

Zahn bestens versorgt und
Zahlung der Differenz zwischen Kunststofffüllung und dem Betrag,
den die Krankenkasse für eine Amalgamfüllung zahlen würde.

Je nach Füllungsgröße und Aufwand variiert der Preis

Datum, Unterschrift Patient

Für detailliertere Informationen wenden Sie sich gerne an
Herrn Dr. Rodenhauser oder das Praxisteam :)

DATENSCHUTZ

Patienteninformation zum Art. 13 DSGVO

Zahnarztpraxis
Dr. Kai Rodenhauser
Hermann-Köhl-Str. 5
86159 Augsburg
info@dr-kai.de

Unsere Zahnarztpraxis erbringt zahnärztliche Behandlungsleistungen, für die es unerlässlich ist, personenbezogene Daten zu erheben:

-> in Form von Versichertenstatus und Gesundheitsdaten.

Diese werden in einer Weise verarbeitet, die eine angemessene Sicherheit gewährleistet, einschließlich

Schutz vor unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung und vor unbeabsichtigtem Verlust, unbeabsichtigter Zerstörung oder Schädigung durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen.

Art und Zweck der Datenverarbeitung :

Die Patientendaten werden für die Erfüllung des Behandlungsvertrages, Recall, Zusammenarbeit mit Dentallabor, Abrechnung mit den Krankenkassen und der KZVB (Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern) und für steuerrechtliche Belange verarbeitet und gespeichert.

Dauer der Datenspeicherung:

gemäß § 630f Abs. 3 werden Patientenakten mind. 10 Jahre aufbewahrt.

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Zahnarztpraxis gem. Art. 15-22 DSGVO zu: Auskunfts-, Berichtigungs-, Löschungsrecht, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit sowie Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet werden, wenden Sie sich bitte an: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach.

Einwilligung Datenschutz:

Ich, Frau/ Herr _____
Name, Vorname

willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich von Dr. Kai Rodenhauser verarbeitet und gespeichert werden.

Datum, Unterschrift

Diese Einwilligung kann widerrufen werden.

Kopie erwünscht? Ja Nein