

# Zahnarztpraxis

## Dr. Stephanie Eder

Uferstraße 4 - 89522 Heidenheim

Telefon: 07321 / 276827 - Email: praxis@stephanie-eder.de

Internet: www.stephanie-eder.de

Terminwunsch					
	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Vormittag früh					
Vormittag spät					
Nachmittag früh					
Nachmittag spät					
Abend					

## Anmeldebogen für unsere Patienten

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

### 1. Persönliche Daten

Patient (Familienversichertes Mitglied)

Hauptversichertes Mitglied

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### 2. Ärztliche Anamnese

Allergien Ja O / Nein O Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislaufkrankung? Ja O / Nein O Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Herzfehler mit Endokarditisrisiko Ja O / Nein

Blutgerinnungsstörung Ja O / Nein O

ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Creutzfeld-Jakob-Krankheit) Ja O / Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Diabetes Ja O / Nein O

Schilddrüsenerkrankung Ja O / Nein O

Magen-/Darm-/Nierenerkrankung Ja O / Nein O

Prostataerkrankung Ja O / Nein O

Grüner Star Ja O / Nein O

Asthma Ja O / Nein O

Epilepsie Ja O / Nein O

weitere/andere Erkrankungen Ja O / Nein O

Welche: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft Ja O / Nein O Wenn ja, in welcher Woche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? \_\_\_\_\_ Ja O / Nein O

### 3. Zahnärztliche Anamnese

Weshalb kommen Sie zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen?

---

Haben Sie Zahnschmerzen? Ja O / Nein O

Haben Sie Probleme mit ihrem Zahnfleisch? Ja O / Nein O

Haben Sie Probleme mit Ihrem Kiefergelenk? Ja O / Nein O

Welche Zahnpasta verwenden sie? \_\_\_\_\_

Möchten Sie eine Email-Erinnerung an den halbjährlichen Kontrolltermin? Ja O / Nein O

### 4. Unkostenausgleich bei nicht eingehaltenen Terminen

Wie Sie an unseren kurzen Wartezeiten merken werden, sind wir stets bemüht, Termine gut abzusprechen und genau passend für Sie Zeit zu reservieren.

Dies bedeutet jedoch bei einer kurzfristigen Absage, dass in dieser Zeit kein anderer Patient behandelt werden kann. Da die Krankenkassen nur erbrachte Leistungen bezahlen, stellen wir Ihnen nach § 611ff, insbesondere § 615 S.1 BGB, bei weniger als 24 Stunden vorher abgesagten Terminen einen Betrag von EUR 20 pro halbe Stunde einplante Termindauer privat in Rechnung. Diese Regelung gilt laut BGB auch bei Krankheit, schlechtem Wetter usw.)

Bitte sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig ab, Sie helfen uns damit, die gewohnten kurzen Wartezeiten beizubehalten.

### 5. Recall

Mit Ihrer Zustimmung zur Teilnahme am Recall-System willigen Sie in die Verarbeitung Ihrer Kontaktdaten zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

### 6. Datenübermittlung an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeut (§ 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch meinen behandelnden Zahnarzt an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

#### Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für die unter Punkt 5 und Punkt 6 genannten Zwecke erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung. Die Erklärung Ihrer Einwilligung ist freiwillig. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage dieser Einwilligung zu den vorgenannten Zwecken nur so lange verarbeiten, bis Sie Ihre Einwilligung widerrufen oder der Verarbeitung widersprechen. Sie können sich dazu jederzeit an uns wenden:

Zahnarztpraxis Stephanie Eder, Uferstraße 4 - 89522 Heidenheim  
oder praxis@stephanie-eder.de oder Telefon 07321 / 276827

Durch den Widerruf Ihrer Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung oder anderer rechtmäßiger Verarbeitungen nicht berührt. Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren personenbezogenen Daten zu erhalten, das Recht auf deren Berichtigung oder Löschung, das Recht auf Einschränkung von deren Verarbeitung, sowie das Recht, eine Beschwerde an uns oder die zuständige Aufsichtsbehörde zu richten. Ihnen steht frei, Ihr Recht auf Datenportabilität auszuüben.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht länger gespeichert als es erforderlich ist, um die vorgenannten Zwecke zu erreichen und maximal für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Zeitpunkt, zu dem wir zuletzt mit Ihnen in Kontakt getreten sind oder für einen längeren Zeitraum, soweit dies aufgrund von Aufbewahrungspflichten erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift