

Anmeldeformular

Patient (Name / Vorname)

Geburtsdatum

*Beruf

Versicherter (Name / Vorname)

Geburtsdatum

* Arbeitgeber

Strasse / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

* Anschrift

Tel.-Nr. Privat

Krankenkasse

* Tel.-Nr. beruflich

***freiwillige Angaben**

Hausarzt o. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

Gesundheitsfragebogen

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie die Fragen gewissenhaft beantworten. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Helferinnen.

- | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Herz-/ Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gibt es zahnmedizinische Aspekte, | |
| Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | über die Sie gern beraten werden | |
| Herzschrillmacher | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | möchten | |
| Endokarditis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | (Implantate, Bleaching usw.)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Diabetes/ Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Existieren Röntgenbilder jüngerer Datums? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Wenn ja, welche? | | | |

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| Reagieren Sie überempfindlich/ allergisch auf | | Haben Sie Interesse an einer | |
| Lokalanästhesie/ Spritzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | professionellen Zahnreinigung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leiden Sie oft an Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Metalle? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

- | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Kreutzfeld-Jakob-Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Leberleiden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Durch wen oder was (z.B Internet) sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Schilddrüsenleiden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| AIDS/ HIV | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten erhoben werden und zur Verarbeitung und Nutzung an die Abrechnungsgesellschaft Care Capital, Abrechnungsstelle KZV, Krankenkassen und Zahntechnisches Labor weitergegeben werden dürfen. Ich kann mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Abgabe der Einwilligungserklärung erfolgt nach BDSG §4a freiwillig. Zudem erkläre ich mich im Einzelfall mit einer Bonitätsprüfung über die Abrechnungsgesellschaft Care Capital einverstanden.

Detern, den

Unterschrift: