

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-/ Kreislauferkrankungen ja nein Sind Sie schwanger? ja nein

Bluthochdruck ja nein

Herzklappenfehler ja nein Gibt es zahnmedizinische Aspekte,

Herzklappenersatz ja nein über die Sie gern beraten werden

Herzschrillmacher ja nein möchten

Endokarditis ja nein (Implantate, Bleaching usw.)? ja nein

Herzoperation ja nein

Diabetes/ Zuckerkrankheit ja nein Existieren Röntgenbilder jüngerer Datums? ja nein

Asthma ja nein Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie überempfindlich/ allergisch auf Lokalanästhesie/ Spritzen ja nein Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein Leiden Sie oft an Kopfschmerzen? ja nein

Metalle? ja nein

Kreutzfeld-Jakob-Erkrankung ja nein

Leberleiden ja nein

Tuberkulose ja nein

Schilddrüsenleiden ja nein

AIDS/ HIV ja nein

Durch wen oder was (z.B Internet) sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

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: