

Anmeldung

Zahnärztin Esther Thumulka

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Allgemeinzustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Dass bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Std. vorher abzusagen, da wir dann die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben können.

Kassenpatienten sind bei uns nicht "Kunden zweiter Klasse"! Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt.

Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeit einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

Patient

Name / Vorname _____ Telefon privat _____

Straße _____ Telefon mobil _____

PLZ Ort _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Krankenkasse _____ Pflegegrad: _____

Privat gesetzlich Zahnzusatzversicherung

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied

Name / Vorname _____ PLZ Ort _____

Straße _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google Facebook Empfehlung Sonstiges

Wichtig: Bitte machen Sie auf der Rückseite dieses Blattes Angaben zu Ihrer Gesundheit.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

mit meiner umseitigen Unterschrift stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich stimme hiermit auch der Weitergabe von verschlüsselten Röntgenbildern an einen Überweiser zu. Des Weiteren stimme ich der Erstellung von Bildern zu Dokumentationszwecken zu. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich oder per E-mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

Leiden oder litten Sie an nachfolgend genannten Krankheiten?

Rheuma Lebererkrankungen Herz-Kreislaufkrankungen
Tuberkulose Diabetes Bluterkrankungen Glaukom /grüner Star
Rückenbeschwerden Immunschwäche psychische Erkrankungen
Allergien Asthma Sonstige _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Behandelnder Arzt / Hausarzt _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein ?

Nein Ja, welche _____

Bisphosphonate (Osteoporose)

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente?

Nein Ja, welche _____

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein Ja

**Wir möchten Ihre Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten.
Unser Leistungsspektrum für Sie:**

- + Zahnerhaltung:** Prophylaxe, Zahnreinigung, Komposit- Füllungen,
Wurzelbehandlung, Inlays, Knirscherschienen, Parodontologie
- + Zahnästhetik:** Vollkeramischer Zahnersatz, prothetische Sanierungen,
Implantatprothetik, Veneers, Zahnschienen (Aligner), Bleaching,
Kosmetische Korrekturen
- + Schmerztherapie:** Lachgassedierung, Zahnreinigung mit Betäubungsgel

Datum _____

Unterschrift _____