

Anmeldung

Zahnärztin Esther Thumulka

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Allgemeinzustand.

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

Wir führen eine Bestellpraxis. Das 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. Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen behalten wir uns ein Ausfall-Honorar von 50 Euro vor.

Zur Unterstützung bieten wir einen SMS Terminerinnerungsservice an. Sollten Sie diesen nicht wünschen, bitten wir um eine Rückmeldung.

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-Kreislaferkrankungen |
| Tuberkulose | Diabetes | Bluterkrankungen |
| Rückenbeschwerden | Immunschwäche | Glaukom /grüner Star |
| Allergien | Asthma | psychische Erkrankungen |
| Neue Variante der Creutzfeldt-Jacob-Krankheit | | Creutzfeldt-Jacob-Krankheit |
| | | 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 _____

Ihre Erinnerung an die Vorsorge Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre und unsere gemeinsamen Bemühungen um die Wiederherstellung und Erhaltung eines gesunden Zustands Ihrer Zähne und Ihres Mundes sollen sich auf Dauer lohnen. Deshalb steht die gute Mundhygiene im Vordergrund. Das Zähneputzen steht dabei nach wie vor im Mittelpunkt, doch es deckt noch lange nicht alle nötigen und möglichen Vorbeugemaßnahmen ab. Eine Regelmäßige Vorsorge ist wichtig!

Gerne möchten wir Sie an diese Untersuchung regelmäßig schriftlich erinnern.

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Zahnarzt/meine Zahnärztin an die zahnärztliche Behandlung erinnern darf.

Name, Vorname (in Druckschrift):

- Ja
- Nein

Aus ressourcenschonenden Gründen erinnern wir unsere Patienten via E-Mail

E-Mail-Adresse: _____

Sollten Sie keine E-Mail Adresse haben, können wir Sie auch per Post erinnern. Hierfür benötigen wir dann Ihre aktuelle Adresse: _____

Ich bin darüber informiert worden, dass eine Erinnerung mittels E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt. Mit dieser Art der Kontaktaufnahme bin ich trotzdem einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin, bzw. der Praxis widerrufen kann.

Die im Rahmen der Teilnahme am Recall-System gespeicherten Daten werden ausschließlich für das Recall-System genutzt.

Sobald Sie der weiteren Teilnahme widersprechen sollten, erfolgt unmittelbar eine Löschung der Daten aus unserem System. Hinsichtlich ihrer weiteren Rechte weisen wir Sie auf unsere Information zur Erhebung personenbezogener Daten hin. Diese liegt und hängt in der Praxis aus.

Datum

Unterschrift