

ANMELDEBOGEN

DAMIT WIR SIE BESSER KENNENLERNEN



AVADENT
Zahnmedizin einer neuen Generation.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis AVADENT, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede Herr Frau Divers

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße · Hausnummer _____ PLZ · Wohnort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich)* _____

Telefon (mobil)* _____ Beruf** _____

E-Mail* _____

KRANKENKASSE (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht Beihilfeberechtigt
 Privat versichert Privat zusatzversichert Privat versichert Basistarif
 Ich erhalte Leistungen aus der Pflegeversicherung Pflegegrad (1-5) _____

VERSICHERTER (Falls abweichend vom Patienten)

Anrede Herr Frau Divers

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße · Hausnummer _____ PLZ · Wohnort _____

Hausarzt *** _____ Ort _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?**** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Website Google Zeitungsanzeige Social Media
 Doctolib Empfehlung _____
 Überweisende · r Zahnarzt · -ärztin _____

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Wünsche eingehen und allgemeinmedizinische Risiken vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

* Freiwillige Angabe · wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe · diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe · wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

**** Freiwillige Angabe · hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

BITTE WENDEN

GESUNDHEITSFRAGEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Erkrankungen der Herzkranzgefäße | <input type="radio"/> Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> Schrittmacher |
| <input type="radio"/> Klappenersatz | <input type="radio"/> Herzfehler Endokarditis | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="radio"/> Stent | <input type="radio"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> Bluterkrankungen · Gerinnungsstörungen | |
| <input type="radio"/> Gelenkersatz | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Ich nehme Bisphosphonate (z.B. Fosamax) | |
| <input type="radio"/> Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Erkrankungen der Atmungsorgane · Asthma | |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung | | | |

INFEKTIONSERKRANKUNGEN

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> HIV · AIDS | <input type="radio"/> Tuberkulose | |
| <input type="radio"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) | <input type="radio"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) · Varianten CJK | <input type="radio"/> Sonstige _____ | |

ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Antibiotika · Penicillin | <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Betäubungsspritzen | <input type="radio"/> Latex |
| <input type="radio"/> Kunststoffe | <input type="radio"/> Metalle | <input type="radio"/> Sonstige _____ | |

TUMORERKRANKUNG (auch in der Vergangenheit)

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Bestrahlungen | <input type="radio"/> Chemotherapie |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anfallsleiden | <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Ohnmacht | <input type="radio"/> Nervosität | <input type="radio"/> Schlaganfall | |

SONSTIGE ANGABEN

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Rauchen Sie? | | |
| <input type="radio"/> Nehmen Sie Medikamente ein? | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="radio"/> Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="radio"/> Leiden Sie oft unter Kopf- und Nackenschmerzen? | | |
| <input type="radio"/> Besteht eine Schwangerschaft? | Wenn ja, in welcher Woche? _____ | |
| <input type="radio"/> Gefällt Ihnen Ihre Zahnfarbe? | | |

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern und Mitarbeitern der Avadent GmbH eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien ausgewertet werden können. Der Anmeldebogen wurde mir bei meinem Besuch in der Avadent GmbH zur Unterschrift vorgelegt. Mir ist bekannt, dass Terminvereinbarungen bei der AVADENT GmbH verbindlich sind und mir bei kurzfristigen Absagen und Nicht-Erscheinen der ausgefallene Termin in Höhe des ausgefallenen Honorars in Rechnung gestellt wird (gem. §§ 611, 615 BGB).

Ort · Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort · Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit.
Ihr Team von AVADENT

AVADENT GMBH

BAD HOMBURG
KÖNIGSTEIN
KÖPPERN

Am Mühlberg 6 – 8 · 61348 Bad Homburg · T 06172 307777 · F 06172 307778
Hauptstraße 15 · 61462 Königstein · T 06174 955770 · F 06174 9557722
Bachstraße 3 · 61381 Friedrichsdorf-Köppern · T 06175 1360 · F 06175 941019

info@avadent.de
www.avadent.de

Sitz der Gesellschaft: Bad Homburg · Registergericht: Amtsgericht Bad Homburg · HRB 15577 · Steuernr.: 003 228 67158
Geschäftsführer: Dott. Dr. med. Georg-Michael Henrich