

Anmeldebogen und Gesundheitsfragen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Willkommen in unserer Zahnklinik.

Vor einem persönlichen Gespräch über Ihre Behandlungswünsche, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Für eine sichere und individuelle Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Ihr Team der Zahnklinik Stettin

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		Postleitzahl, Ort
Telefon-Nummer	E-Mail	

Versicherung

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat gesetzlich Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		Postleitzahl, Ort

Vertrauensperson | Begleitperson

Wer soll Informationen über die Patientin/Patienten bekommen?

Name, Vorname	Telefonnummer
---------------	---------------

Wie haben Sie von unserer Klinik erfahren?

Allgemeine Gesundheitsfragen

Wann und bei wem war Ihr letzter Zahnarztbesuch _____

Waren Sie in den letzten 5 Jahren in stationärer Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Sind Sie zurzeit in permanenter ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt (Zähne, Kiefer)? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja, Woche _____

Gesundheitssituation + Allergien

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-, Kreislauferkrankungen

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzklappenersatz | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Thrombose |
| <input type="radio"/> unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) | <input type="radio"/> Endokarditis | <input type="radio"/> Angina pectoris |
| <input type="radio"/> Herzklappenfehler | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Herzoperation |

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Lokalanästhetika | <input type="radio"/> Metalle | <input type="radio"/> andere: _____ |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel | <input type="radio"/> Antibiotika | |
| <input type="radio"/> Kunststoffe | <input type="radio"/> Asthma | |

Sonstige Erkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> Krämpfe | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Magen- Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Rheumatische Krankheiten | <input type="radio"/> HIV /AIDS |
| <input type="radio"/> epileptische Anfälle | <input type="radio"/> Hepatitis A / B / C | <input type="radio"/> Sonstige: _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(insbesondere Herzmedikamente, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva und/oder blutverdünnende Medikamente)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Hiermit genehmige ich die Dental Implant Aesthetic Clinic Marek Froelich mit Sitz in Szczecin in der ul. Panieńska 18 Angaben zu meiner Person zu ärztlichen Behandlungszwecken zu verarbeiten. Die Angabe dieser Daten ist freiwillig. Die Grundlage für die Verarbeitung ist meine Einwilligung. Ich bin berechtigt, diese Einwilligung jederzeit zurückzunehmen.

Die personenbezogenen Daten werden bis zur Beendigung der Behandlung verarbeitet, danach über den Zeitraum von 20 Jahren gespeichert, ausgenommen Röntgenbilder, die außerhalb der medizinischen Unterlagen über den Zeitraum von 10 Jahren gespeichert werden.

Ich bin berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten von Dental Implant Aesthetic Clinic zu fordern, sie zu berichtigen, zu löschen oder ihre Verarbeitung einzuschränken sowie Einwände bei dem Aufsichtsorgan zu erheben. Ich erteile der Dental Implant Aesthetic Clinic die Erlaubnis mir Newsletter zu schicken. Diese Erlaubnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten