

Anmeldeformular

Liebe*r Patient*in, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns zunächst einige Informationen für unsere Administration zu geben. Wenn Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.



Jankowski & Kollegen

ZAHNHEILKUNDE · IMPLANTOLOGIE

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Straße, Hausnummer

Private Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung

ja nein

Nachname

E-Mail

Mobil

PLZ, Wohnort

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können, ist es wichtig, dass Sie auch alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie: ja nein

Erkrankungen der/des: ja nein

Herzerkrankung

Lunge

Herzklappenfehler

Leber

Herzschrittmacher

Nieren

Hohen Blutdruck

Magen-Darm-Trakts

Zucker (Diabetes)

Gelenke (Rheuma)

Fallsucht (Epilepsie)

Hatten Sie bereits Krankenhausaufenthalte?

ja nein

Wenn ja, weswegen?

Sind Sie zur Zeit schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wichtige Informationen zum Datenschutz

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretende Änderungen zu informieren.
- Bitte beachten Sie, dass wir eine reine Bestellpraxis sind. Terminabsagen und Verschiebungen bis 48 Stunden vor Behandlungsbeginn sind kostenfrei. Danach können Ausfallhonorare in Rechnung gestellt werden.
- Ich wünsche regelmäßige Informationen und Recall-Service. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. **Ich möchte kontaktiert werden über (bitte ankreuzen):**

Telefon E-Mail Post

- Unsere aktuellen Datenschutzbestimmungen finden Sie unter dem Navigationspunkt Datenschutz auf unserer Website: www.zahnaerztesaarland.de

Datum, Unterschrift zum Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Leiden Sie an Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Medikamentenallergie?

ja nein

Wenn ja, gegen welche Medikamente?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche? (HEP, TBC, HIV)

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Überweisung Bekannte

Sonstiges _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

(Auf einer Skala von 1 = unzufrieden bis 10 = absolut zufrieden)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift, bestätige ich, dass die folgenden Informationen der Richtigkeit entsprechen.