

Dr. Dr. Tobias Unterhuber - Zahnmedizin - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Ästhetik

Anmeldebogen, alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Krankenkasse _____

Telefon _____ Mobil _____ Email _____

Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice (**Recall**) für Kontrolluntersuchungen (per SMS)
Ich möchte eine Erinnerung: **Kontrolluntersuchung** __ **Zahnreinigung** __ (Handynr. angeben !)

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel. Arbeit _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nein __ ja __ _____
z.B. Herzinsuffizienz, -schwäche, -infarkt, -rhythmusstörungen, -schrittmacher, Bypass, Stent, Endokarditis, hoher oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen

Blutgerinnungsstörung / blutgerinnende Mittel (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Xarelto) nein __ ja __ _____

Ansteckende oder Infektionskrankheiten (z.B. HIV/Hepatitis/TBC) nein __ ja __ _____

Depression nein __ ja __ _____

Glaukom/grüner Star nein __ ja __ _____

Asthma/Lungenerkrankung nein __ ja __ _____

Nieren-/Lebererkrankung nein __ ja __ _____

Osteoporose/Bisphosphonat-Therapie nein __ ja __ _____ seit wann _____

Diabetes-welcher Typ nein __ ja __ _____

Epilepsie/Anfallsleiden nein __ ja __ _____

Tumor/Krebserkrankungen/Bestrahlung nein __ ja __ _____

Chemotherapie, wann/Körperregion? nein __ ja __ _____

sonstige Erkrankungen ? nein __ ja __ _____

Rauchen Sie ? nein __ ja __ Wieviel _____ Alkohol/Drogenkonsum nein __ ja __ Wieviel _____

Besteht eine Schwangerschaft? Woche? nein __ ja __ _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? nein __ ja __ _____

Sollte ein Medikamentenplan vorliegen, geben Sie diesen bitte bei uns ab.

Allergie/Unverträglichkeiten? nein __ ja __ _____

Bitte geben Sie alle Unverträglichkeiten und auch Allergien auf Medikamente an.

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? nein __ ja __ _____

Sollte ein Betreuer bestimmt sein, geben Sie bitte Namen und Kontaktdaten an.

Übermittlung der Rechnungen/Kostenpläne an: Patient __ Betreuer ____

Liegt Pflegestufe vor, Grad? nein __ ja __ Stufe: __ Behinderung_ nein __ ja __ _____

Hauptversicherter? bei Familienversicherten/Minderjährigen _____ geb. _____

Bei getrennt lebenden Elternteilen abweichende Adresse des anderen Elternteils:

Name: _____ Adresse _____ Telefon _____

Überweisung von anderem Arzt? nein __ ja __ Name/Adresse _____

Neupatient nein __ ja __ **Aufmerksam durch?** Internet __ Empfehlung __ Überweisung __ Print __

Leiden Sie unter **Zahnarztangst?** nein __ gering __ mittel __ verstärkt __ sehr stark __

Sind Sie geimpft: nein __ ja __ oder genesen nein __ ja __

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (bei Kassenpatienten) bin ich verpflichtet, (pro Besuch) im Quartal meine Versichertenkarte vorzulegen. Liegt zum Quartalsende diese nicht vor, erhalte ich eine Privatrechnung für die erbrachten Leistungen. Bitte erscheinen Sie pünktlich zu den vereinbarten Terminen oder sagen Sie diese fristgerecht und so früh wie möglich ab.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir für vereinbarte Termine, die ich bei Verhinderung nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn absage, eine Ausfallgebühr nach §615 BGB berechnet wird.

Datenschutz-Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Im Zuge der Neuregelung des Datenschutzes vom 25.05.2018 weisen wir Sie darauf hin, dass von Ihnen Daten erhoben und EDV-gestützt verarbeitet werden. Dies umfasst persönliche-, medizinische- und versicherungstechnische Daten. Die Daten sind für die Behandlung und Abrechnung zwingend notwendig. Wir sichern zu, dass diese Daten mit Sorgfalt behandelt werden und nur notwendige Daten an die an der Behandlung beteiligten Ärzte, an Ihre Krankenkasse und an die KZVB zur Abrechnung weitergegeben werden. Ferner behalten wir uns vor, in einigen Fällen Fotos Ihrer Zähne bzw. Ihres Zahnersatzes anzufertigen, diese werden ausschließlich zur internen Dokumentation des Behandlungsverlaufes verwendet. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass schon aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht grundsätzlich keine Weitergabe von Daten an unberechtigte Dritte erfolgt. Die Erklärung zur Nutzung Ihrer Daten kann von Ihnen widerrufen werden, jedoch kann OHNE Erfassung Ihrer Daten keine Behandlung durchgeführt werden. Zur Erinnerung an Termine dürfen wir Sie per Email oder SMS kontaktieren.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Praxisnachfolger Dr. Dr. Tobias Unterhuber auf die Stammdaten zugreifen und diese speichern und bearbeiten darf.

Bestätigung der Angaben durch meine Unterschrift:

Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Betreuer _____