



Dr. Susanne M. Hillenbrand

Zahnärztin

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

Geburtsort/Geburtsdatum

### Mitglied

Kein Eintrag nötig, wenn Sie **selbst** die /der Versicherte sind

### Anschrift

Straße

Nr.

Tel. Privat

Postleitzahl

Ort

Tel. Mobil

### Krankenkasse

oder Versicherung

### Beruf/Arbeitgeber

Tel. tagsüber/dienstlich

### Für Kassenpatienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

### Recall für Kassen-/Privatpatienten

Wünschen Sie, dass wir Ihnen helfen, Zahnschäden vorzubeugen? Möchten Sie unseren kostenlosen, halbjährlichen Recall-Service nutzen? Sollen wir Sie alle 6 Monate per Post an die nächste Vorsorgeuntersuchung/Prophylaxe-Sitzung mit professioneller Zahnreinigung (PZR) erinnern?

ja

nein

### Hinweis zur Organisation/Terminvergabe

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bei kurzfristigen Absagen (am Behandlungstag) erlauben wir uns nach § 615 BGB ein entsprechendes Ausfallhonorar zu berechnen.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Art.6 Abs. 1 Buchst. a), Art.7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Zahnbehandlung durch die Praxis Dr. S. Hillenbrand zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**bitte auch die Rückseite ausfüllen →**

**Aufnahmebogen**  
(bitte in jeder Zeile zutreffend ja oder nein ankreuzen)

**Ärztliche Behandlung:** Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergien:** Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer  
Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte vorlegen!  ja  nein

**Herzerkrankungen:** Herzschwäche (Insuffizienz)?  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  ja  nein  
Herzasthma, Angina pectoris?  ja  nein  
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Kreislaufferkrankungen:** Zu hoher Blutdruck?  ja  nein  
Zu niedriger Blutdruck?  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?  ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel-  
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Magen-Darmerkrankungen?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des  
Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle/Epilepsie?  ja  nein  
Krämpfe?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)?  ja  nein  
Blutarmut (Anämie)?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?  ja  nein

**Weitere Angaben:** Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein

**Psych. Erkrankungen:** Depressionen  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Für Frauen:  
Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Wichtiger Hinweis: Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor der Behandlung mit!**

**Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass Patienten nach Behandlungen mit Lokalanästhesie zur Schmerzausschaltung etwa 4 Stunden auf die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (Führen eines PKW's) verzichten sollten.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_