Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing
M.-A. Mylonas-Helbing
Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874
www.zahnarztpraxis-helbing.de

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben !

Patient .....
Name Vorname geb. am Geburtsort
Mitglied .....
Name Vorname geb. am
Anschrift .....
Straße Nr.
.....
Postleitzahl Ort
Telefon .....
privat dienstlich

E-Mail ..... Handy – Nr.: .....
Krankenkasse .....
Beruf .....
Arbeitgeber .....
Hausarzt .....
Name Ort Telefon .

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein

Infektiöse Erkrankungen :

Aids	☐ ja	☐ nein
Hepatitis A	☐ ja	☐ nein
Hepatitis B	☐ ja	☐ nein
Hepatitis C	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein

Anfallsleiden (Epilepsie): ☐ ja ☐ nein
Asthma / Lungenerkrankungen: ☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsstörungen: ☐ ja ☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit: ☐ ja ☐ nein
Drogenabhängigkeit: ☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankungen: ☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsanfälle: ☐ ja ☐ nein

Allergien / Unverträglichkeiten :

Lokalanästhesie (Spritzen)	☐ ja	☐ nein
Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein

Metalle: .....

Leiden Sie unter Mundgeruch? ☐ ja ☐ nein
Sonstige Erkrankungen: .....
Für Frauen :
Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welcher Monat? .....Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bei Zahnersatz, Zusatzversicherung? □ ja □ nein

Empfohlen / überwiesen durch:.....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, daß nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine pro für sie reservierte Zeiteinheit von 30 Minuten in Höhe von 50 EUR in Rechnung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, daß bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muß, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsdatei eingeholt wird.

Koblenz, den..... Unterschrift.....

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. dent. Jens Helbing
M.-A. Mylonas-Helbing
Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874
www.zahnarztpraxis-helbing.de

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. dent. Jens Helbing
M.-A. Mylonas-Helbing
Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874
www.zahnarztpraxis-helbing.de

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Befundung, Behandlung und Abrechnung durch die Praxis 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 die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Koblenz, den _____

_____
Patient/in