



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. 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-/ Kreislaufkrankungen:

- 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

Dr. med. dent. M.-A. Mylonas-Helbing

Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874

www.zahnarztpraxis-helbing.de



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. 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