

Erstanmeldung für Erwachsene

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

**Zahnarzt
Steffen Gebhart**

Chemnitzer Straße 1
36251 Bad Hersfeld

Tel.: 0 66 21 / 61 44 9
info@zahnarzt-gebhart.de

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben (Bitte kreuzen Sie an!)

Pflichtversichert

Freiwillig versichert

Haben Sie eine
private Zusatzversicherung

Haben Sie die Kosten-
erstattung gewählt?

JA NEIN

JA NEIN

JA NEIN

JA NEIN

Telefon:

Beruf:

Telefax:

Arbeitgeber:

Mobil:

Anschrift des Arbeitgebers:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Versichertendaten

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Patient:

Erziehungsberechtigter/amtl. Betreuer/Vormund::

geb. am:

Anschrift:

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?
(Bitte kreuzen Sie an!)

telefonisch Postkarte gar nicht

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

(Bitte kreuzen Sie an!)

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

	JA	NEIN
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar / Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Allergien JA NEIN

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? JA NEIN

Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? JA NEIN

Wenn ja, in welchem Monat?

Lippenherpes JA NEIN

Grund Ihres Besuches

(Bitte kreuzen Sie an!)

Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

Sie sind uns wichtig

(Bitte kreuzen Sie an!)

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen

JA NEIN

Starke Schmerzempfindlichkeit

JA NEIN

Starker Würgereiz

JA NEIN

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir empfohlen?

Verwandte Bekannte Internet

Wenn durch einen Bekannten, nennen Sie uns bitte den Namen:

Beratungswunsch

(Bitte kreuzen Sie an!)

	JA	NEIN
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißer Zähne (Bleaching)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnästhetik / Kosmetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kieferorthopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamsanierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate/ Implantatversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

ZAHNARZT



STEFFEN
GEBHART

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt / Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient