



Name _____ **Email** _____
Vorname _____ **Telefon/Handy** _____
Geburtsdatum _____ **Beruf** _____
Adresse _____

Zusatzversicherung ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte unsere Homepage Internet Bewertungsportal

Waren Sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar/Ass) ja nein

Sind Sie allergisch gegenüber Medikamenten oder Materialien? ja nein

Wenn ja, welche? Ggf. Allergiepass? _____

Sind Sie alkoholkrank? ja nein Sind Sie drogenabhängig ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Erkrankungen des Herzens oder Kreislaufs ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Blutdruck niedrig normal hoch

Asthma ja nein

Infektionskrankheiten Hepatitis Tuberkulose HIV _____

Erkrankungen der Nieren ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder Typ 2) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Anfallsleiden (z.B. Krämpfe, Epilepsie), Ohnmachtsneigungen ja nein

Osteoporose ja nein

Sie erlauben uns, falls nötig Rücksprache mit Ihrem ja nein

Hausarzt zu halten.

Name: _____ **Tel.:** _____

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Berlin, den _____ Unterschrift _____



Information

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der gesetzlich vorgeschriebenen Behandlungsdokumentation / Aufbewahrung unter Einhaltung der gesetzlichen Fristen (max. 10 Jahre) durch die Praxis Casadent 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)

Hiermit stimme ich zu, dass die Daten, die vor März 2018 in der Zahnarztpraxis Casadent über mich erhoben worden, von der Praxis Casadent vollumfänglich genutzt werden dürfen.

ja nein

Berlin, den _____ Unterschrift _____

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den halbjährlichen Vorsorgetermin und ggf. für die Professionelle Zahnreinigung in unserer Praxis?

Dann bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis Casadent mich nach festgelegten Zeitabständen an o.g. Untersuchungen erinnert. Alle Fragen dazu wurden mir beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Präventionsleistungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Recall gewünscht ja nein

Berlin, den _____ Unterschrift _____