**PRAXISGEMEINSCHAFT DR. F. BRÖSELER - DR. C. TIETMANN - DR. S. WENZEL**
**ZAHNÄRZTE - SPEZIALISTEN FÜR PARODONTOLOGIE (DGParo)**
**ANMELDUNG**

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um sorgfältiges, vollständiges Ausfüllen dieser Anmeldung gebeten (bitte in Druckschrift). Ihre Angaben dienen der besseren Vorbereitung der Behandlung sowie dem Ausschluss möglicher Behandlungsrisiken.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Angaben zur Person, zum Versicherungsverhältnis und zur Krankenakte werden nur praxisintern elektronisch gespeichert. Radiologische Unterlagen (Röntgenbilder im Original bzw. als Scan) werden nur auf Anforderung von mit- oder weiterbehandelnden Ärzten/Zahnärzten und mit Ihrem Einverständnis gemäß Röntgenverordnung (§28 Abs. 8 RöV) an diese weitergegeben. Medizinische Daten können in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

**Name** **Vorname** **Geburtsdatum**

**……..**

**Str.: ..... PLZ/Wohnort:.....**

**Tel. privat: …….. beruflich ……..……..……..……..**

**Tel. mobil: …….. eMail ……..……..……..……..**

*Falls nicht selbst versichert bitte Daten des Versicherten eintragen:*
*Bei Minderjährigen bitte Daten des gesetzlichen Vertreters eintragen:*

**……**
*Name* *Vorname* *Geburtsdatum*

**……**
*ggf. abweichende Anschrift)*
*Ich bin bei meiner Krankenkasse pflichtversichert · freiwillig versichert*

**<u>Für die Behandlung wichtige Auskünfte über Erkrankungen</u>**
**Es liegen folgende Erkrankungen vor (bitte unterstreichen oder ergänzen):**

**Blutgerinnungsstörung · Diabetes · Glaukom · Nieren · Rheuma · Allergien**

**Schilddrüsenerkrankung · Herpes · Hypertonie/Hypotonie · Herz-/Gefäßerkrankung**

**Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV etc.).....**

**andere Erkrankungen .....**

**ich nehme folgende Medikamente .....**

**mein Hausarzt ist .....**
*Name und Anschrift*

---

**wurden in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?** **JA** ☐ **NEIN** ☐

**besteht eine Schwangerschaft?** **JA** ☐ **NEIN** ☐

**ich bin Raucher JA** ☐ **ca. …… Zigaretten/Tag NEIN** ☐

**wurden bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:**

- **Wurzelkanalbehandlung?** **JA** ☐ **NEIN** ☐
- **Implantation (künstliche Zahnwurzel)?** **JA** ☐ **NEIN** ☐
- **kieferorthopädische Behandlung ("Zahnregulierung")?** **JA** ☐ **NEIN** ☐
- **Weisheitszähne entfernt?** **JA** ☐ **NEIN** ☐

**aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis? .....**

*<u>Nur für Privat-Patienten (wegen der Form der Abrechnungsweise)</u>*
*bitte Zutreffendes markieren: ich bin privat versichert und **Beihilfe** berechtigt · Selbstzahler (ohne Beihilfe)*

***Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und die Kenntnisnahme der Behandlungs- und Liquidationsbestimmungen. Gemäß obiger Information entbinde ich hiermit widerruflich Herrn Dr. F. Bröseler / Frau Dr. C. Tietmann / Herrn Dr. S. Wenzel von seiner / ihrer Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten/Zahnärzten. Ich erkläre mich mit der Weitergabe bzw. Anforderung von behandlungsrelevanten Röntgenunterlagen einverstanden.***

**……. ……..**
*Datum* *Unterschrift*

© Praxisgemeinschaft Dr. F. Bröseler, Dr. C. Tietmann, Dr. S. Wenzel 2017