



im Fiedlersee 4 - 64291 Darmstadt - tel. 06151/372023 fax 06151/374343 - info@zahnarzt-langenbach.de
Mitglied in Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikoarme und passende Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der allgemeinen Fragen und der zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen, können Sie uns gerne fragen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Freiwillig versichert	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie eine private Zusatzversicherung	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Kostenerstattung gewählt	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Pflegegrad	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>
Beziehen Sie Eingliederungshilfe	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>

Telefon: _____
Mobil *: _____
Telefon Büro *: _____
E-Mail Adresse *: _____
Beruf *: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

* freiwillige Angaben, um mit Ihnen in Kontakt zu treten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Hoher Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Ohnmachtsneigung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Marcumar / Gerinnungshemmer | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Rheuma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Diabetes | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Epilepsie | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Grüner Star | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| HIV | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Magen-/Darmerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein
- Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?
Wenn ja, welche? ja nein
-

- Allergien (auch gegen Medikamente)
Wenn ja, welche? ja nein
-

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

- Sind Sie Raucher? ja nein
- Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat? ja nein
-

Grund Ihres Besuchs

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kontrolluntersuchung | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zahnschmerzen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zahnfleischbluten | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Knirschen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Kiefergelenkbeschwerden | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Mundgeruch | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

- Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja nein

Sonstiges

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir zu vorgenannten Fragen und nachfolgenden Hinweisen verpflichtet.

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

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Weitere Informationen zur DSGVO finden Sie im zur Einsicht ausliegenden Ordner in unserem Wartebereich.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Sie einverstanden sind mit der Erhebung der Daten zur Behandlung, zur Abrechnung sowie alle anderen Leistungen im Zusammenhang der Behandlung (z.B. Zahnpflege- oder Kosmetikbehandlungen).

Wir bitten Sie, uns jegliche Änderungen Ihrer Adresse, Ihres Versicherungsstatus und Ihres Gesundheitszustandes (z.B. Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme) umgehend mitzuteilen.

Bitte beachten Sie, dass eine zahnärztliche Anästhesie / Betäubung die Straßenverkehrstauglichkeit beeinträchtigen kann.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Hinweis für unsere privat / privat zusatzversicherten Patienten / Selbstzahler:

Wir weisen darauf hin, dass eine Leistungsabrechnung in der Regel bis zum 3,5-fachen Satz der GOZ (Gebührenverordnung für Zahnärzte) stattfindet. Eine Überschreitung des 3,5-fachen Satzes ist in manchen Fällen notwendig und wird Ihnen schriftlich per Kostenvoranschlag angekündigt.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich in der Praxis von Herrn Axel Langenbach behandelt werden möchte. Die zahnärztliche Behandlung erfolgt von dem oben genannten Zahnarzt oder dessen Vertreter, die delegierbaren Therapien, unabhängig von Umfang und Form, erfolgen durch medizinisches Personal.

Erfolgt eine Behandlung privat zahnärztlich, erhalte ich eine Rechnung, die ich in dem angegebenen Zeitraum unabhängig von der Rückerstattung durch meine Versicherung oder Beihilfestelle begleichen werde. Alternative Absprachen müssen schriftlich vereinbart werden.

Versicherungskonzerninterne Auffassungen oder beihilferechliche Auslegungen bezüglich der Gebührenordnung können bei der Rechnungslegung keine Beachtung finden.

Anfallende zahntechnische Leistungen werden nach BEL (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) und BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste) liquidiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anmeldungs-/Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Darmstadt, den 17.3.2022 Unterschrift _____

Name in Druckbuchstaben _____

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Starker Würgereiz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch		
Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Weißer Zähne (Bleaching)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kieferorthopädische Behandlung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Implantate / Implantatversorgung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sonstiges		

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Die Erinnerung wünsche ich

per E-Mail	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
per SMS	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Mobil : _____
E-Mail Adresse : _____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Darmstadt, den _____ Unterschrift _____

Name in Druckbuchstaben _____