

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Team von ZAHNart | Dr. Milos Kukoljac & Kollegen | Zahnmedizin, freuen uns darauf, Sie zu betreuen. Wir möchten Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus ermöglichen.

Um Ihnen eine erstklassige Betreuung zu bieten, die auf Ihre individuellen gesundheitlichen und Um Ihren persönlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist entscheidend für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihre Angaben Nach § 203 StGB unterliegen diese Informationen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patientendaten

Name _____

Titel _____

Vorname _____

Geburtsdatum | -ort _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Telefon (privat) _____

Telefon (mobil)* _____

Telefon (geschäftlich)* _____

Beruf** _____

E-Mail* _____

Hausarzt*** _____

Wie sind Sie versichert?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht

Privat versichert Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja Nein

Versicherter

Falls abweichend vom Patienten.

Name _____

Vorname _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Geburtsdatum | -ort _____

Telefon (privat) _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Allergien Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Asthma

Diabetes

Herzfehler | künstliche Herzklappe

Endokarditisprophylaxe

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Ohrensausen | Tinnitus

Epilepsie

Grüner Star

Leber

Nieren

Schilddrüse

Magen-Darm-Trakt

Gelenke (Rheuma)

Osteoporose

Tumorerkrankung

Immunsuppression

Schlaganfall

Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen

Sonstige Erkrankungen _____

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hepatitis

HIV | AIDS

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Nehmen Sie Medikamente ein?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Bisphosphonate Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

Zu Ihrer Zahngesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Blutet Ihr Zahnfleisch?
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
 Leiden Sie unter Mundgeruch? Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
 Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Sonstiges _____

Was führt Sie zu uns? * _____

Wünschen Sie besondere Beratung über: *

- Ästhetische Zahnheilkunde Keramische Verblendschalen (Veneers)
 Zahnaufhellung | Bleaching Zahnimplantate

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Komplikationen? * _____

* Freiwillige Angaben | diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____
 Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
 Schnarchen Sie?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ** _____

** Freiwillige Angabe | hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN 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).

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!

Dr. Milos Kukuljac & Kollegen
Zahnmedizin

A AM HEEDBRINK 78 | 44263 DORTMUND | T 0231 4300 38 |
F 0231 4242 82 | M PRAXIS@KUKOLJAC.DE | W MILOSKUKOLJAC.DE

Einwilligungserklärung

Der/die Patient*in, ggf. der/die gesetzliche Vertreter*in mit Alleinvertretungsmacht, erklärt:
Ich bin einverstanden

- mit der Übermittlung der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, einschließlich Gesundheitsdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Maßnahmen und Ergebnisse, Behandlungsverläufe), an die Health Coevo AG, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg, kurz Health AG, und der zu diesem Zweck dort erfolgenden Verarbeitung,
- mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung sowie der Abtretung der Forderung(en) an die Health AG und entbinde insoweit meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen (vgl. Stempel) sowie die Health AG von der Schweigepflicht, sofern dies für die Geltendmachung der Forderung(en) durch die Health AG erforderlich ist.
- Ich weiß, dass Einwände gegen die Forderung(en) gegenüber der Health AG zu erheben und dabei unter Umständen Einzelheiten aus der Behandlung offenzulegen sind und meine Behandelnden und ihre berufsmäßig tätigen Gehilf*innen im Rahmen einer möglichen Auseinandersetzung mit der Health AG als Zeug*innen vernommen werden können.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Health AG zur Ermittlung des Zahlungsausfallrisikos Informationen über meine Bonität bei Wirtschaftsauskunfteien einholt. Zu diesem Zweck stellen die CRIF GmbH (Leopoldstr. 244, 80807 München) und/oder die Creditreform Boniversum GmbH (Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss) Adress- und Bonitätsdaten einschließlich auf Basis eines wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahrens ermittelter Wahrscheinlichkeitswerte zur Verfügung. In die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten fließen ggf. Anschriftendaten ein. Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Behandelnden und ihren berufsmäßig tätigen Gehilf*innen oder der Health AG widerrufen werden. Die bis zum Widerruf getätigte Datenverarbeitung sowie erfolgte Rechnungsstellung der Health AG bleiben hiervon unberührt.

Angaben d. Patient*in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Angaben d. Rechnungsempfänger*in¹

Anschrift d. gesetzlichen Vertreter*in/Rechnungsempfänger*in:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

DATUM | ORT _____

UNTERSCHRIFT _____

art

¹ Eltern/Vormund / Betreuer*in bei Patient*innen unter 18 Jahren / Geschäfts-unfähigen/ beschränkt Geschäftsfähigen.