

# Anmeldung



Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Bevor wir uns um Ihre Mundgesundheit kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte zu Ihrem allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Gesundheitszustand.

Wir nehmen uns Zeit für Sie!

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig - mindestens einen Arbeitstag - vorher abzusagen.

Talstraße 10  
51702 Bergneustadt

Tel 02261 4 18 44  
Fax 02261 4 21 93

info@dr-juelich.de  
www.dr-juelich.de

Tätigkeitsschwerpunkt:  
Implantologie

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

Geburtsname

Geburtsort

Grund meines Zahnarztbesuches

Ich wünsche eine Beratung zu

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja

Nein

## Angaben zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können.

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

## Angaben zum Gesundheitszustand

Allergien Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? in Tablettenform  über Infusion

Rauchen Sie?  Ja Menge pro Tag \_\_\_\_\_  Nein

Für die Patientin: Sind Sie schwanger?  Ja Welcher Monat? \_\_\_\_\_  Nein

## Erkrankungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher/ Niedriger Blutdruck        | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/ Asthma/ COPD                          |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/ Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> Nerven/ Neurologische Erkrankung                        |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung/ Operationen       | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden/ Epilepsie                                |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> Depressionen/ Psychosen                                 |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/ Diabetes         | <input type="checkbox"/> Immunschwäche/ Immunsuppression                         |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit: Hepatitis, Aids, Tuberkulose, MRSH |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                       | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Nieren-/ Nebennierenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)                                   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Liegt ein Pflegegrad vor? _____                         |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung             | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____   |

## Meine Behandlungswünsche

- Ich möchte das Beste für meine Zähne. Bitte informieren Sie mich über die für mich optimale Behandlung, auch wenn meine Krankenkasse möglicherweise nicht alles erstattet.

## DATENSCHUTZ

Wir nehmen Ihren Datenschutz ernst und behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften. Unsere Datenschutzerklärung ist in ausgedruckter Form in der Praxis ausgelegt. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie.

Ich bestätige meine Angaben \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

## Recall

Die direkte Vergabe eines Termins zur Vorsorge ist im Anschluss an die letzte Behandlung besonders empfehlenswert.

Wenn Sie möchten, dass wir Sie an ihre Vorsorgeuntersuchung erinnern, benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung (Bei Minderjährigen die Einwilligung des Erziehungsberechtigten).

Wir erinnern Sie gern per E-Mail, wenn Sie uns diese angeben. Alternativ schicken wir Ihnen eine Postkarte.

\_\_\_\_\_  
Email für Recall

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Jülich zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E-Mail an die Praxis 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).

Bergneustadt, den \_\_\_\_\_  
Datum Patient/in

## Einverständiserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Arztstempel

Ich \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

1) mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Zahnärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen anfordert (z. B. aktuelle Röntgenbilder, Fotos, Modelle)

2) mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Zahnärzte, Fachärzte, Gutachter übermittelt.

Sollte ich den Zahnarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass Dr. Jülich meinem/meiner neuen Zahnarzt/Zahnärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Zahnarzt/meine neue Zahnärztin diese Unterlagen anfordern darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o. g. Zwecke darf mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.