



DR. MED. DENT. MELANIE ZICK  
ZAHNÄRZTIN  
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT NATURHEILKUNDE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Patient \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse oder Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: Nein  Ja  bei: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/ Beruf: \_\_\_\_\_

**Für Kassenpatienten:** Wir benötigen Ihre Versichertenkarte bei jedem Praxisbesuch. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

**Hausarzt / Facharzt:** Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ..... Ja  Nein

Aus versicherungstechnischen Gründen müssen wir aufgrund der Belastbarkeit der Behandlungsstühle ihr Gewicht erfragen: Unter 140 kg  Über 180 kg

#### Datenschutz

mir ist der Datenschutzbogen vorgelegt worden und ich willige ein  
Ich wünsche die Aushändigung eines Formulars..... Ja  Nein

#### Abrechnung

Des Weiteren willige ich ein, dass die Firma Di.Dento GmbH, Tannenallee 36b, 22844 Norderstedt zur Erstellung der Abrechnung, Einsicht in meine Daten hat. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der zahnärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt Verarbeitung nicht berührt.

*Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24. Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.*

**Bitte wenden!**

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie weiterhin um folgende Angaben:**

- Ärztl. Behandlung:** Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder zur Zeit ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Allergien:** Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?..... Ja  Nein   
Wenn ja, gegen welche Materialien, Medikamente, etc.? \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Allergiepass? ..... Ja  Nein   
Allergisches Asthma? ..... Ja  Nein
- Herz-/Kreislauf-  
erkrankungen:** Hoher/niedriger Blutdruck ? ..... Ja  Nein   
Hatten Sie einen Herzinfarkt? ..... Ja  Nein   
Haben Sie Herzschrittmacher/Herzklappenersatz/Stents .... Ja  Nein   
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?..... Ja  Nein
- Vegetative  
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?..... Ja  Nein   
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ..... Ja  Nein
- Stoffwechsel-  
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ..... Ja  Nein   
Magen- Darmerkrankungen? ..... Ja  Nein   
Schilddrüsenerkrankung? ..... Ja  Nein
- Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)? ..... Ja  Nein
- Augenerkrankungen:** Grüner Star/Grauer Star/Glaukom ? ..... Ja  Nein
- Erkrankungen des  
Nervensystems:** Epileptische Anfälle? ..... Ja  Nein
- Infektions-  
erkrankungen:** Leberentzündung (Gelbsucht/ Hepatitis A, B, C, )? ..... Ja  Nein   
Aids/ HIV? ..... Ja  Nein
- Knochen-  
veränderungen:** Osteoporose, Knochentumore ? ..... Ja  Nein   
Haben/hatten Sie eine Bisphosphonattherapie? ..... Ja  Nein   
Sind oder waren Sie in Orthopädischer Behandlung?..... Ja  Nein
- Weitere Angaben :** Sind/Waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ..... Ja  Nein   
Haben/hatten Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft:** Wenn ja, in welchem Monat ? \_\_\_\_\_ ..... Ja  Nein

**Datenschutzerklärung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der elektronischen Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind auf Wunsch in der Praxis einsehbar und /oder werden mir ausgehändigt.

*Sollten sich die Angaben verändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert vor Behandlungsbeginn mit! Bitte beachten Sie, dass nach lokaler Betäubung und Einnahme von Schmerzmitteln das Reaktionsvermögen verändert ist und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt.*

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der obigen Angaben und willige ein:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_