

# ZAHNARZTPRAXIS DR. STEFANIE WALTER

Zahnärztin für Oralchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte Implantologie  
und Ästhetische Zahnheilkunde



## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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 risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Herr/Frau/Kind

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum / -Ort

### Hauptversicherter

(falls der Patient

nicht selbst der

Hauptversicherte ist)

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum / -Ort

### Anschrift

\_\_\_\_\_

Straße/Nr.

\_\_\_\_\_

Tel. privat

\_\_\_\_\_

Tel. tagsüber

\_\_\_\_\_

PLZ

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Mobilnummer

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse  
oder Versicherung

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe?

Ja  Nein

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Ausübter Beruf/Funktion

\_\_\_\_\_

### Für gesetzlich versicherte Patienten (Kassenpatienten)

Bitte denken Sie bei jedem ersten Besuch im Quartal daran, Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Liegt uns Ihre aktuelle Versichertenkarte nicht vor, auch nicht 14 Tage nach der Behandlung, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

### Für alle Patienten

Durch eine örtliche Betäubung kann die Fähigkeit, ein Kfz zu fahren, beeinträchtigt werden. Wir bitten Sie deshalb, dies bei Ihrer Termin- und Reiseplanung zu berücksichtigen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Über Empfehlung eines unserer Patienten. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Über Printmedien/Internet: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Betrachten Sie sich als „Angstpatient“? Ja Nein

Bitte teilen Sie uns dies auf jeden Fall mit. Denn wir nehmen Sie ernst und möchten alles tun, was in unserer Macht steht, damit Sie irgendwann sagen können: „Jetzt bin ich kein Angstpatient mehr und komme gerne in die Praxis!“ Um dies zu erreichen sind wir sehr darauf angewiesen, dass Sie uns mitteilen, WAS Sie von uns erwarten und WIE Sie am liebsten möchten, dass wir mit Ihnen umgehen. Z.B. Einige haben es lieber, wir sprechen das Thema Angst gar nicht an. Andere wünschen sich genau das Gegenteil. Wenn Sie zum ersten Mal zu uns kommen, erhalten Sie diesen Anmeldebogen zum Ausfüllen, damit wir Sie besser kennen lernen. Bitte schreiben Sie hier lieber zu viel als zu wenig bei der Frage: „Was erwarten Sie von uns, damit wir mit Ihnen als Angstpatient richtig umgehen?“. Vielen Dank.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Abrechnungszentrum:

Da wir uns lieber auf eine perfekte zahnärztliche Behandlung konzentrieren möchten als auf die Rechnungsstellung und die Kontrolle der Eingangszahlungen, haben wir den Bereich Abrechnung an ein zahnärztliches Abrechnungsbüro, DZR, übertragen. Dies bringt für Sie als Patient viele Vorteile, da Sie bei strittigen Fragen bei Ihrer Versicherung kostenfrei unterstützt werden. Darüber hinaus haben Sie viele flexible Finanzierungsmöglichkeiten, mit bis zu 6 Raten zins- und gebührenfrei, bzw. bis zu 48 Raten ab 50 Euro pro Monat. Zögern Sie nicht, unsere Rezeptionistin anzusprechen, falls Sie Fragen zum Thema Finanzierung oder Teilzahlung haben.

## Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an Patienten auf einer Warteliste anbieten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 48 Stunden vorher abgesagten oder nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausfallgebühr in Höhe von 180 Euro pro angefangene Ausfallstunde in Rechnung stellen müssen. Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, müssen allerdings in das Bestellsystem eingebunden werden – dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir Sie um Verständnis.

Möchten Sie in der Zukunft von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen/ Prophylaxetermine erinnert werden? Zögern Sie nicht, Ihre Zahnärztin oder unsere Assistentinnen darauf anzusprechen.  Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Aufnahmebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung** Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt** Name, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wogegen/wofür? \_\_\_\_\_

**Allergien** Gegen welche Stoffe oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

**Herzerkrankungen** Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Herzinfarkt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Wurden Sie am Herz operiert? Herzkatheter? Herzschrittmacher? Defibrillator?  Ja  Nein

**Kreislaufferkrankungen** Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein  
Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein  
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar-/ASS-Patient?)  Ja  Nein  
Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein

**Stoffwechselerkrankungen** Zuckerkrankheit (= Diabetes)?  Ja  Nein  
Medikamentös eingestellt? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Magen-Darmerkrankungen?  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

**Erkrankungen des Nervensystems** Epilepsie?  Ja  Nein  
Krämpfe?  Ja  Nein

**Bluterkrankungen** Blutungsneigung (= Hämophilie)?  Ja  Nein  
Blutarmut (= Anämie)?  Ja  Nein

**Infektionskrankheiten** Leberentzündung/Gelbsucht (= Hepatitis A/B/C). Welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Wurde bei Ihnen ein HIV/Aidstest durchgeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?  positiv (=HIV nachgewiesen)  negativ  
Tuberkulose?  Ja  Nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.?  Ja  Nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben** Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Röntgen** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Unsere modernen Geräte gewährleisten die geringstmögliche Strahlendosis.

**Schwangerschaft** Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Allgemein** Noch irgendeine Krankheit, Störung oder Allergie, die nicht bereits oben eingegeben ist? (z.B. Asthma, Glaukom, Nierenerkrankung...) Welche? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der obigen Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

**ZAHNARZTPRAXIS  
DR. STEFANIE WALTER**

Bahnstraße 92 · 64390 Erzhausen  
Tel. (0 61 50) 72 21 · Fax (0 61 50) 72 27  
praxis@zahnprofis-erzhausen.de  
www.zahnprofis-erzhausen.de

**Unser Recall-System**

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name	
Adresse	

Ich bin bereit, an Ihrem **Recall-Service** per Post teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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).

Erzhausen, den \_\_\_\_\_ Patient/in

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

**Terminreminder per SMS, Geburtstagsgrüße**

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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).

Erzhausen, den \_\_\_\_\_ Patient/in