

Berlin, den

## Aufnahmeblatt

### Patient

Familiename

Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Krankenkasse

Patientennummer

**E-Mail (bitte unbedingt angeben)**

**E-Mail-versand einverstanden**

Mobilnummer

Telefon privat

Terminerinnerung per SMS (kostenlos)

männlich  / weiblich  / divers

ja  nein

ja  / nein

**Versicherter** (im Falle einer Abweichung von -Patient-)

Familiename

Vorname, männlich  / weiblich  / diverse

Geburtsdatum

Wohnanschrift

Berufliche Tätigkeit

**wie kamen Sie auf uns?**

Google

Zahnarzt

Doctolib

Empfehlung

Sonstige

### Anamnestische Fragen

Werden Medikamente eingenommen?

ja  nein

Besteht eine Kreislauferkrankung (zB. Herzfehler)?

ja  nein

Besteht eine Zuckerkrankheit?

ja  nein

Besteht eine Blutungsneigung?

ja  nein

Besteht eine Infektionskrankheit (zB. HIV, Hepatitis)?

ja  nein

Sind Allergien bekannt?

ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja  nein

**Falls Sie in Zukunft einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden vorher per Telefon, Fax oder E-Mail. Bei verspäteter Absage oder mehr als 30 Minuten Verspätung berechnen wir ein Ausfallhonorar von 30,00 € bzw. 50,00 € bei Terminen ab 45 Minuten**

Privatpatient\*innen werden die Kosten, die durch die Beratung und damit verbundenen vorbereitenden Maßnahmen entstehen, in Rechnung gestellt.

Alle Angaben sind freiwillig, vollständig und wahrheitsgemäß vorzunehmen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine sachgerechte Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes\*.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Abrechnungen über die Abrechnungsfirma PVS-dental GmbH erfolgen.

\*Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO;

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein, Die vollständigen Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_