



## ANMELDUNG

Name

Vorname

Geb.

Straße

Tel.

Wohnort

Bei Privatversicherung: Wo versichert?

Krankenkasse

Beihilfe

ja

nein

Mitglied (Vor- u. Nachname, Geb.Datum)

Zahnzusatzversicherung

ja

nein

Arbeitgeber

Beruf

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir folgende Angaben, welche selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bitte kreuzen Sie „ja“ oder „nein“ an und geben Sie gegebenenfalls nähere Einzelheiten an.

Allergien

ja

nein

Asthma

ja

nein

Ohnmachtsneigung

ja

nein

Diabetes

ja

nein

Rheuma

ja

nein

Herz/Kreislaferkrankung

ja

nein

Bypass/Stent/Herzschrittmacher

ja

nein

Hoher Blutdruck

ja

nein

Niedriger Blutdruck

ja

nein

Schilddrüsenerkrankung

ja

nein

Infektionserkrankungen

ja

nein

z.B. Gelbsucht, Aids, TBC, Hepatitis,..

Blutgerinnungsstörung

ja

nein

Operationen

ja

nein

Wann?

z.B. Herz, Hüfte, o.ä.

sonstige Erkrankungen

ja

nein

Schwangerschaft

ja

nein

Monat?



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente (insbesondere Blutverdünner), wenn ja, welche?

Bisphosphonate (Medikamente für Chemo oder Osteoporose) ja nein

Ihr Hausarzt in

## Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat!

- » Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Hinweis zum **Datenschutz und für ggf. Zuzahlungen** zur Kenntnis genommen habe (Infoblatt Datenschutz und Preisliste: Aushang an der Anmeldung oder im Wartezimmer).
- » **Wir sind eine Bestellpraxis. Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen daher mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei Nichterscheinen oder kurzfristigen Absagen behalten wir es uns vor, den Ausfall in Rechnung zu stellen.**

Sind Sie an **Prophylaxe** (vorbeugende Mundhygiene) interessiert? Oder haben Sie Interesse an unserem **Erinnerungsservice/Recall**? Wenn ja, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?\*

\* freiwillige Angabe

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.  
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Unterschrift Patient bzw.  
Erziehungsberechtigter/ Betreuer



# EINWILLIGUNG ZUR DATENÜBERTRAGUNG

Ich (Vorname, Name)

wohnhaft (Adresse)

gebe ich hiermit mein Einverständnis, dass die Gemeinschaftspraxis Thomas List – Dr. med. dent. Uta Siemssen, Erlstätter Straße 1, 83355 Grabenstätt, meine vollständigen Behandlungsdaten bzw. -unterlagen (EDV-Daten, Röntgenbilder, ggf. handschriftliche Aufzeichnungen etc.) aus der Patientenkartei der ehemaligen Gemeinschaftspraxis Dr. med. dent. Alexander Thim – Dr. med. dent. Uta Siemssen, Sonnenstraße 2a, 83313 Siegsdorf, einsehen, in ihre eigene Patientenkartei übertragen und diese Behandlungsdaten bzw. -unterlagen nutzen darf.

Ferner bin ich mit der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann und dass der Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner Daten, nicht berührt.

Datum

Unterschrift Patient bzw.  
Erziehungsberechtigter/ Betreuer