



## ANMELDUNG

---

Patient: Name  Vorname  Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon/Fax

---

Handy  E-Mail Adresse

---

Versicherter: Name  Vorname  Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer  PLZ, Ort  Telefon/Fax

---

### Wie sind Sie versichert?

- Privat  Standardtarif  
 Gesetzlich  Basistarif

- Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein  
Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

*Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gesamtrechnung erhalten, wenn die Krankenversicherungskarte nicht rechtzeitig nachgereicht wird.*

**Wir führen eine Bestellpraxis und bemühen uns um einen nahezu pünktlichen Beginn einer jeden verabredeten Behandlung. Wir bitten Sie sehr, Ihre Termine ggf. spätestens 24 h vorher abzusagen, um anderen Patienten die Möglichkeit einzuräumen, diesen freigewordenen Termin zu nutzen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen ansonsten eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen können.**

Berlin,

---

Datum, Unterschrift



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENÜBERMITTLUNG

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten zur Datenübermittlung zwischen den zahntechnischen Laboren und sonstigen Einrichtungen, die wir für Ihre Behandlung hinzuziehen, genutzt werden dürfen.

Wenn Sie in unser Erinnerungsprogramm für die Prophylaxe aufgenommen werden möchten, kreuzen Sie bitte an, auf welche Art und Weise.

- Per Postkarte  
 Per E-Mail

Ich bin mir datenschutzrechtlich bewusst, dass es bei einem Datentransfer per E-Mail keine Sicherheit vor Missbrauch meiner Daten gegenüber Dritten gibt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis Ubbelohde widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein Widerruf, die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin,

---

Datum, Unterschrift



## ANAMNESE

*Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben und umgekehrt. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Bogens. Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen - Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.*

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen an:	Ja	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Hörhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig morgens Kopf- oder Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen chronische orthopädische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen/Knacken in der Kaumuskulatur und/oder in den Kiefergelenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten:	Ja	Nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsleiden-, therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme an Blase, Niere, Unterleib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme (auch Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonelle Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an der Immunschwäche Aids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Erkrankungen	Welche? _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	Welche? _____	
Haben Sie eine Allergie	Welche? _____	
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja     In welcher Schwangerschaftswoche? _____	
	<input type="checkbox"/> Nein	

**Teilen Sie mir bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.**

**Berlin,**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift