

ZAHNZENTRUM

...einfach bessere Zähne



LIPPE

Patient: _____
Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Versicherte/r: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort Straße Telefon-Nr.

Handy-Nr. E-Mail

Beruf: _____
Arbeitgeber Telefon-Nr. (Arbeitsplatz)

Krankenkasse Privat versichert _____
Name der Versicherung

Zahnzusatzversicherung JA NEIN Beihilfe berechtigt JA NEIN

Abweichende Rechnungsadresse:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Kommen Sie als Überweisungspatient? JA NEIN _____
Hauszahnarzt

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt?
(Zähne/Hals/Kopfbereich) _____

Anmelde- und Erhebungsbogen

Dr. Dieter Mülke
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Thomas Hesse
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Mund- und Kieferchirurgie

Dr. Doreen Schwalbe
Zahnärztin
Master of Science (MSc)
Kieferorthopädie
Tätigkeitsschwerpunkt
Kinderzahnheilkunde

Prof. Dr. Wieland Heuer
Zahnarzt
Spezialist für Prothetik (DGPro)

Dr. Bettina Mülke
Ärztin für Anästhesiologie
Ambulante Operationen

Fürstengartenstraße 3a
32756 Detmold

Tel. 0 52 31/61 61 9-0
Fax 0 52 31/61 61 925

info@zahnzentrumlippe.de
www.zahnzentrumlippe.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015
und der DIN ISO 15224 : 2012

Bitte Rückseite beachten!



Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

(z.B. Marcumar, ASS 100, Plavix, Bisphosphonate, ...)

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

(z.B. Herzkrankheiten, Kreislaufstörung, Infektionskrankheiten, Bluterkrankungen, Stoffwechselstörungen, Diabetes, ...)

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten?

(z.B. Leberentzündung / Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, Aids / HIV positiv, ...)

Reagieren Sie überempfindlich oder allergisch auf bestimmte Stoffe/Medikamente/Materialien?

(z.B. Penicillin, Latex, Ibuprofen, ...)

Liegt ein Allergiepass vor?

JA NEIN

Besteht die Notwendigkeit einer Endokarditisprophylaxe bei einer vorhandenen Herzinnenwandentzündung?

JA NEIN

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche

JA NEIN

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien / Abrechnungsgesellschaft (ZAAG)
- Meinem Hausarzt / Hauszahnarzt
- Mitbetreuende Fachärzte
- Berufsgenossenschaften / Krankenkassen / priv. Versicherung / Beihilfe
- Versorgungsamt

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre. Dies gilt ebenso für mich als Patient als auch als Erziehungsberechtigte/r meines zu behandelnden Kindes.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich das Zahnzentrum Lippe und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Unterschrift: _____