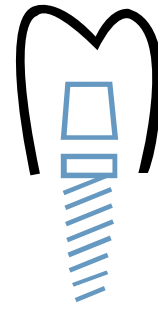


# ZAHNZENTRUM

...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: \_\_\_\_\_