

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. Thomas Hesse
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Mund- und Kieferchirurgie

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

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

Dr. Dieter Mülke
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

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 : 2017



Bitte Rückseite beachten!

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Lixiana | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> ASS 100 | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

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 zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

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 damit einverstanden, dass das Zahnzentrum Lippe meine Daten für

- einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) und möglicher Zusendung von Informationsschreiben (Newsletter) sowie Erinnerung an einen vereinbarten Termin per Post, E-Mail, SMS, Telefon
- die Dienste des Zahnzentrums Lippe zum Zwecke der Terminvergabe per Telefon, Mail oder im persönlichen Gespräch an unserer Rezeption

verwenden darf.

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

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: _____