

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: _____