

Dres. med. dent. Uleer-Proksch-Sampers-Lorz-Köppert

Domstr. 11 97070 Würzburg Tel. 13387

www.zahnarzt-zauberzahn.de

ANMELDUNG:

Patient _____
Name Vorname geb. Telefon

mitversichert bei _____
Name Vorname geb. Telefon

Anschrift _____
Straße Nr. PLZ Ort

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Beruf/Arbeitgeberanschrift (freiwillige Angabe) _____

Tel. geschäftlich _____ Ihre **Handynummer** : _____
(für z.B. **Aufruf per Handy**, wenn Sie in der Innenstadt sind!)

Ihre **Emailadresse** : _____

Wünschen Sie eine Erinnerung an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung per E-mail?

ja nein

Haben oder hatten Sie folgende **Erkrankungen oder Besonderheiten**:

Herz/Kreislaufkrankungen () Herzschrittmacher () Bluter () Diabetes () AIDS () Hepatitis ()
Herpes () Rheuma () Asthma () Abhängigkeit () Allergien () Allergiepass () Psych. Erkrankung ()

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig.....oder momentan..... ein?

Sind Sie schwanger? Ja () Nein () In welcher SSW ?

Andere Besonderheiten oder Erkrankungen ?

Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt immer gut vertragen? Ja () Nein () Ohnmachtneigung ? ()

Aufklärung

* Zahnärztliche Injektionen können **Reaktionsfähigkeit** und Kreislauf beeinträchtigen oder allergische Reaktionen verursachen. In seltenen Fällen kann durch Nervschädigung eine dauerhafte Sensibilitätsstörung auftreten. Solange die Spritze wirkt, sollten Sie nicht Auto fahren o.ä..

* Dies ist eine **Bestellpraxis**, d.h. wir reservieren Ihnen Ihre Behandlungszeit! Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig (mind. 24h vor Behandlungsbeginn) abgesagte Termine in Rechnung zu stellen und erlauben uns, Sie vor längeren Terminen telefonisch zu erinnern.

* Bitte die Versichertenkarte **zu jeder** Behandlung mitbringen!

→ Sie erklären sich damit einverstanden, dass alle Zahnärzte und zahnmedizinische Fachangestellte dieser Praxis sowie Dienstleister (z.B. Zahntechniker) Einblick in Ihre Krankenunterlagen (Kartei, Röntgen, etc.) haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Ich habe alle Erkrankungen wahrheitsgemäß angegeben und habe die Aufklärung verstanden und angenommen.

Die ausgehängte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin damit einverstanden. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

.....
Datum

.....
Ihre Unterschrift bitte