

**PRAXISGEMEINSCHAFT DR. F. BRÖSELER u. DR. C. TIETMANN
ZAHNÄRZTE - SPEZIALISTEN FÜR PARODONTOLOGIE (DGP)
ANMELDUNG**

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um sorgfältiges, vollständiges Ausfüllen dieser Anmeldung gebeten (bitte in Druckschrift). Ihre Angaben dienen der besseren Vorbereitung der Behandlung sowie dem Ausschluss möglicher Behandlungsrisiken.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Nur die Angaben zur Person und zum Versicherungsverhältnis werden praxisintern elektronisch gespeichert. Radiologische Unterlagen (Röntgenbilder im Original) werden nur auf Anforderung von mit- oder weiterbehandelnden Ärzten/Zahnärzten an diese abgegeben (RöV §28,8). Medizinische Daten können in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

Name **Vorname** **Geburtsdatum**

Str.: **PLZ/Wohnort:**.....

Tel. privat: **beruflich**

Tel. mobil: **eMail**

*Falls nicht selbst versichert bitte Daten des Versicherten eintragen:
Bei Minderjährigen bitte Daten des gesetzlichen Vertreters eintragen:*

.....
Name *Vorname* *Geburtsdatum*

ggf. abweichende Anschrift)

Ich bin bei meiner Krankenkasse pflichtversichert · freiwillig versichert

Für die Behandlung wichtige Auskünfte über Erkrankungen

Es liegen folgende Erkrankungen vor (bitte unterstreichen oder ergänzen):

Blutgerinnungsstörung · Diabetes · Glaukom · Nieren · Rheuma · Allergien

Schilddrüsenerkrankung · Herpes · Hypertonie/Hypotonie · Herz-/Gefäßkrankung

Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV etc.).....

andere Erkrankungen

ich nehme folgende Medikamente

mein Hausarzt ist

Name und Anschrift

wurden in den letzten 12 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? JA NEIN

besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN

ich bin Raucher JA ca. Zigaretten/Tag NEIN

wurden bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:

- Wurzelkanalbehandlung? JA NEIN

- Implantation (künstliche Zahnwurzel)? JA NEIN

- kieferorthopädische Behandlung ("Zahnregulierung")? JA NEIN

- Weisheitszähne entfernt? JA NEIN

aus welchem Grund kommen Sie in unsere Praxis?

Nur für Privat-Patienten (wegen der Form der Abrechnungsweise)

*bitte Zutreffendes markieren: ich bin privat versichert und **Beihilfe** berechtigt · Selbstzahler (ohne Beihilfe)*

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und die Kenntnisnahme der Behandlungsbestimmungen.

.....
Datum

.....
Unterschrift