

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben

Patient
 Name Vorname geb
 Mitglied
 Name Vorname geb
 Anschrift
 Straße Tel privat

 Postleitzahl Ort
 Krankenkasse
pflichtversichert freiwillig vers. privat vers. (Standardtarif ja nein)

Wie erreichen wir Sie am Besten? (Handynummer, Arbeit,...)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Erkrankung	Medikament
Herz-, Kreislauf	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, AIDS)	
Innere Erkrankungen (Diabetes usw.)	
Allergien	
Knochenmedikamente (Bisphosphonate)	
Blutgerinnung	
Sonstige Erkrankungen	

Schwangerschaft Ja Nein wenn Ja – welcher Monat:.....

Empfohlen/überwiesen durch:

Haben Sie einen Pflegegrad? (1-5).....



Fragen zur Zahnärztlichen Schlafmedizin

	Ja	Nein
Schnarchen Sie, Ihr Partner <u>oder</u> Ihr KIND?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen Sie unruhig o. bemerkt Ihr Partner Atemaussetzer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich morgens trotz ausreichendem Schlaf müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie zu dem Thema eine unverbindliche Beratung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dr. Ulrich Resch
 Mitglied der Dt. Gesellschaft zahnärztlicher Schlafmedizin (DGZS)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung zu. Auch können meine personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen unter www.g-ba.de/beschluesse/4036/.
 Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Ebenso bin ich mit der Weitergabe meiner Daten (Röntgenbilder, usw.) zum Zwecke der Weiterbehandlung an andere Ärzte einverstanden.
 Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen.

.....
 Datum Unterschrift