

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben

Patient
Name Vorname geb
Mitglied
Name Vorname geb
Anschrift
Straße Tel privat
Postleitzahl Ort Tel. Handy
Email

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

Zusatzversicherung ja nein

Beruf/Arbeitgeber
Tel. Arbeit

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Erkrankungen:.....
Medikamente:.....
Allergien:.....
Blutverdünnung:.....
Sonstiges:.....

Wünschen Sie eine Erinnerung zum Vorsorgetermin? ja, halbjährlich ja, jährlich nein

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

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

Frage zur Zahnärztlichen Schlafmedizin

Wünschen Sie zu dem Thema Schlafmedizin/ Schnarchen eine unverbindliche Beratung? ja nein

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 Zahnärzte und Ärzte einverstanden. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen.

.....
Datum

.....
Unterschrift