



Dr. Thomas Ducke
Webichgasse 16
91058 Erlangen

Tel.: 09131/60 14 13
E-Mail: info@gutlachen.info
Internet: www.gutlachen.info

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es freut uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben, vielen Dank für Ihr Vertrauen! Vor Ihrem ersten Termin möchten Sie uns sicher näher kennenlernen. Auf unserer Homepage stellen wir Ihnen deshalb gerne vor, wie wir zeitgemäße Zahnheilkunde sehen, wie wir arbeiten und wer wir sind.

Ihre Behandlung wollen wir optimal vorbereiten. Deshalb eine Bitte an Sie: Füllen Sie den Anmeldebogen in aller Ruhe schon zu Hause aus und bringen ihn zu Ihrem vereinbarten Termin mit in die Praxis. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Gerne können Sie uns auch schon über Ihre Wünsche oder Fragen zum Thema Zahnheilkunde informieren.

Beim ersten Termin werden Untersuchungen durchgeführt, welche uns vorhandene Probleme Ihres Kausystemes aufzeigen. Sie sind wichtig für die Planung einer eventuell notwendigen Behandlung.

Zum Schluss noch etwas in eigener Sache: Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht kommen können - spätestens am Tag zuvor. Wir können dann umdisponieren - so lassen sich unnötige Wartezeiten vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen und bis bald

Ihr Praxisteam
Dr. Thomas Ducke

Anhang: Anmeldebogen mit Anamnese
Datenschutzformular

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel. Privat: _____

Handy Privat: _____

E-Mail Privat: _____

Anamnesefragen und -antworten:

Allergien (wenn ja, welche?) _____ ja / nein

Medikamente (wenn ja, welche?) _____ ja / nein

Herz-/Kreislaufkrankung (wenn ja, welche?) _____ ja / nein

Sonstige Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) _____ ja / nein

Herzschrittmacher/Bypässe/Stents _____ ja / nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC) _____ ja / nein

Blutgerinnungsstörung _____ ja / nein

Diabetes _____ ja / nein

Schilddrüsenerkrankung _____ ja / nein

Nierenerkrankung _____ ja / nein

Tumorerkrankung (wenn ja, welche?) _____ ja / nein

Asthma _____ ja / nein

Psychische Erkrankungen _____ ja / nein

Osteoporose _____ ja / nein

Schwangerschaft (wenn ja, welche Woche?) Woche: _____ ja / nein

Pflegegrad (wenn ja, welcher?) Grad: _____ ja / nein

Zahnschmerzen _____ ja / nein

Zahnfleischbluten _____ ja / nein

Kiefergelenksschmerzen _____ ja / nein

Röntgenuntersuchung der Zähne (wann war letzte Aufnahme?) _____ ja / nein

Wünschen Sie eine Erinnerung an Vorsorgetermine? _____ ja / nein

Auskunftsbeauftragte Person/en (wenn ja, wer?) _____ ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Bitte sagen Sie Ihre Termine im Krankheitsfall rechtzeitig ab. Wir behalten uns vor, bei vereinbarten und nicht eingehaltenen oder abgesagten Terminen, weitere Termine ersatzlos zu streichen.

Ort, Datum: _____

Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Patient/in:

Name

Dr. Thomas Ducke
Zahnarzt
Webichgasse 16 91058 Erlangen
Tel. 09131/601413 Fax 601430
info@gutlachen.info

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Terminvereinbarung bzw. der Teilnahme am Recall-System (Erinnerungsservice für den jährlichen oder halbjährlichen Zahnarztbesuch) per Brief / E-Mail / Telefonanruf / SMS

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in