



Dr. Lämmler - Dr. Theil - Dr. Herbold
Ihre Zahnärzte in Mannheim

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ Email _____

Handy _____ Krankenkasse _____ Zusatzversicherung N J

Beruf _____ Hausarzt _____ Empfohlen von _____

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Blutgerinnungsstörung N J Welche? _____

Herz-Kreislaferkrankung N J Welche? _____

Operation am Herzen, Endokarditis N J Welche? Wann? _____

Diabetes N J _____

Hepatitis N J Wann? Typ? _____

HIV + / AIDS N J _____

Anfallsleiden / Epilepsie N J Letzter Anfall wann? _____

Osteoporose N J _____

Allergie / Medikamentenunverträglichkeit N J Welche? _____

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente? Welches? Dosierung?

N J Blutverdünner (Kennen Sie Ihren INR-Wert?) _____

N J Blutdruckmedikamente _____

N J Bisphosphonate (Gabe als Infusion in der Vergangenheit?) _____

N J Andere Medikamente: _____

Sind Sie schwanger? N J

Rauchen Sie? N J

Konsumieren Sie Drogen? N J

Bitte wenden



Dr. Lämmler - Dr. Theil - Dr. Herbold
Ihre Zahnärzte in Mannheim

Um die Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018 einzuhalten, bitten wir Sie uns die folgenden Punkte durch **ankreuzen** und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, da wir Sie anderenfalls nicht in unserer Praxis behandeln können.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zweck der Dokumentation und Rechnungsstellung gespeichert und verarbeitet werden.
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Daten der ärztlichen Schweigepflicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder und andere Befunde via Email unverschlüsselt versendet werden.
Selbstverständlich versenden wir Ihre Daten nur, wenn Sie uns darum bitten.
- Ich bin damit einverstanden, dass relevante, personenbezogene Daten mit den kooperierenden Zahntechniklabors (Dental F49, Gerling Dental-Labor GmbH) und dem Pathologischen Institut (Dres. Schmidt, Kommos, Dries) ausgetauscht werden.
Dies ist notwendig, um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung zu gewährleisten.
- Ich bestätige, dass ich mir das Informationsblatt zur Datenschutzerklärung durchgelesen habe, und bin mit den Bedingungen einverstanden.
Das Informationsblatt Datenschutz erhalten Sie jederzeit an unserem Empfang.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich an wichtige Termine / Recall via Brief, Telefon, Email oder Kurznachricht erinnert.
Selbstverständlich belästigen wir Sie nicht mit Werbung.
- Sollte ich einen Termin nicht wahrnehmen können, so verpflichte ich mich rechtzeitig (mindestens 48 Stunden vorab) in der Praxis Bescheid zu geben.
Durch Ihre Zuverlässigkeit schaffen wir es Wartezeiten zu minimieren. Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Zeit! Dank Ihrer Mitarbeit können wir uns auf Ihre Mundgesundheit konzentrieren. Sollten Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, so steht unser gesamtes Team jederzeit mit offenen Ohren für Sie bereit.

Wir hoffen Sie fühlen sich bei uns wohl.

Bitte wenden