

Unser Team heißt Sie herzlich willkommen - wir bitten Sie um einige persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel. _____ E-Mail: _____

Versicherung: gesetzlich privat beihilfeberechtigt Krankenkasse: _____

Familienversichert über: Name _____ Geb. Datum.: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: _____ Vorbehandelnder Zahnarzt: _____

Besitzen Sie ein Bonusheft? Bonus lückenlos erfüllt seit: _____

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur halbjährlichen Kontrolluntersuchung?

➡ Bitte Datenschutzerklärung auf Rückseite unterschreiben

Zu Ihrer eingetragenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein

Welche: _____

Leiden Sie unter **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen**? Ja Nein

Welche: _____

Haben Sie akute oder **chronische Erkrankungen**? Ja Nein Welche: _____

Epilepsie

Diabetes

Atemwegserkrankungen

Haben oder hatten Sie **Infektionskrankheiten**?

Hepatitis

AIDS

TBC

Haben Sie Blutdruckstörungen: Ja Nein

zu hoher Blutdruck

zu niedriger Blutdruck

Haben Sie **Herzerkrankungen**? Ja Nein

Endocarditisprophylaxe

Herzschrittmacher

Haben Sie **Blutgerinnungsstörungen**? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Ja

Nein

Arzt: _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Beobachtet Ihr Partner Atemaussetzer während des Schlafes? Ja Nein

Datum

Unterschrift

Wünsche zur Füllungstherapie - bitte Rückseite beachten und ausfüllen

Füllung als Kassenleistung

hochwertige, ästhetisch optimierte Füllung

Unser Recall-System

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für die halbjährliche Kontrolluntersuchung?
Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren.
Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen.
Wir antworten Ihnen gerne.

Name

Vorname

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die 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).

Braunschweig, _____

Unterschrift

Vereinbarung über Füllungswerkstoff

Unsere Praxis arbeitet seit längerem bei notwendigen Füllungen ohne Amalgam.

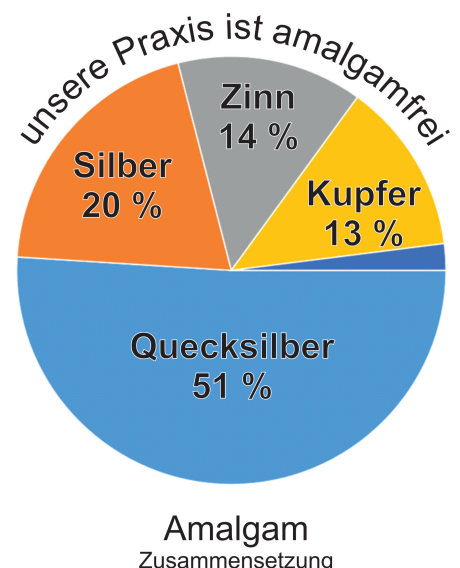
Wir sind dazu verpflichtet ein alternatives Füllungsmaterial auf Krankenkassenkosten für Sie zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um einen einfarbigen Kunststoff.

Aus medizinischer Sicht, wie auch aus ästhetischen Gründen empfehlen wir Ihnen jedoch ein hochwertigeres Material. Dieses hat einen höheren Keramikanteil und bietet Ihnen so eine längere Haltbarkeit, bessere Oberflächenpolitur und ist in verschiedene Farben und Transparenzen verfügbar, so dass eine ästhetisch optimierte Füllung möglich ist.

Die Kosten hierfür betragen je nach Füllungsgröße zwischen 35 und 55 Euro.

Ich wünsche die Versorgung durch eine einfache Kunststofffüllung

Ich wähle die Versorgung durch ein hochwertiges ästhetisches Füllungsmaterial und bin bereit die Mehrkosten dafür zu zahlen



Datum

Unterschrift