



Wir möchten uns intensiv Ihrem Anliegen widmen. Dazu sind die nachfolgenden Angaben wichtig. Wir bitten Sie, die Angaben und Fragen nach bestem Wissen zu beantworten. Die Informationen und Behandlungsangaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Jede Behandlung erfordert personellen und organisatorischen Aufwand; wir halten für Sie hochqualifiziertes Fachpersonal vor. Bitte teilen Sie uns daher Terminveränderungen spätestens 24 Stunden vorher telefonisch mit, da wir Ihnen ansonsten ggfs. ein Ausfallhonorar berechnen müssen. Näheres dazu finden Sie unter www.z-tagesklinik.de/ausfallhonorar.

Ihr Team der Zahnärztlichen Tagesklinik

Woher kennen Sie uns?

- Empfehlung
- Internetsuche
- Öffentliche Plakate
- Sonstige: _____
- Presse
- Soziale Medien
- Werbeartikel

ANMELDUNG

Familienname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

E-Mail Adresse

Vorname

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

Sind Sie aktuell berufstätig? ja nein

Beruf

Straße, Hausnummer

Telefonnummer Arbeit

Wenn ja, sind Sie angestellt selbstständig

Arbeitgeber

PLZ, Ort

Ich bin Rentner Student

KRANKENVERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert? gesetzlich versichert freiwillig versichert zusatzversichert familienversichert

Sind Sie privat versichert? ja nein Haben Sie einen Basistarif? ja nein

Besteht ein Pflegegrad? ja nein Wenn ja welcher:

Besteht eine Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII? ja nein

Name des Mitglieds

Bei Direktabrechnung / Rechnungsanschrift:

Name des Mitglieds

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsdatum

PLZ, Ort

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Sind bei Ihnen zu irgendeiner Zeit folgende Symptome aufgetreten?

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Zahnlockerungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schmerzen im Kiefergelenkbereich und/oder Verspannungen der Kaumuskulatur | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schmerzen im Gesichtsbereich und/oder der Ohren? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Akute Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Allergische Reaktion und/oder Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Herz-, Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Gelbsucht, Infektionskrankheiten, HIV | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Andere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie – oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen?
(Cannabis, Crystal Meth, Heroin) ja nein

Erfolgt/erfolgte eine Behandlung mit Bisphosphonaten? ja nein

Erfolgten kürzlich Röntgenaufnahmen? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Sonstiges

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustands und Ihrer Adresse mit.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert und verarbeitet; nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie gern auf Anfrage.

Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass die notwendigen Heil- und Kostenpläne sowie zahnärztliche Honorarabrechnungen durch ein externes Abrechnungsbüro erstellt werden können. Insofern stimme ich der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten zu und entbinde für diesen Zweck alle Zahnärzte / Ärzte von ihrer Schweigepflicht. ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die im Folgenden genannten Zwecke genutzt werden dürfen:

- Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter der ZTK Zahnärztliche Tageskliniken GmbH per Email, SMS, Telefon, Brief oder Postkarte u.a. zur Terminvergabe und Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (»Recall«). ja
- Zusendung von Gruß- und Geburtstagskarten, Zusendung von Informationsschreiben (z.B. für Patientenvorträge oder neue Angebote der ZTK). ja

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit formlos ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift