

DR. MATHIAS BIRCH

Alte Elbgaustrasse 8 B 22523 Hamburg
Tel.: 040 / 570 36 11 Fax: 040 / 570 34 64

Website: www.zahnarzteidelstedt.de

E-Mail: praxis@dr-birch.de

Willkommen in meiner Praxis!

Bitte **alle 3 Seiten** ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m / w / div. _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Telefon (privat / mobil): _____
Telefon (geschäftlich): _____
Krankenkasse (gesetzlich /privat): _____

Auszufüllen vom gesetzlichen Vertreter / Erziehungsberechtigter / Zahlungspflichtigen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m / w / div. _____
Strasse, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein	

Herzklappenerkrankung/-defekt	☐ Ja ☐ Nein
Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher	☐ Ja ☐ Nein

Infektionserkrankungen:

HIV	☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein
andere:	

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	☐ Ja ☐ Nein
Schmerzmittel	☐ Ja ☐ Nein
Antibiotika	☐ Ja ☐ Nein
andere:	

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	☐ Ja ☐ Nein
Asthma	☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein
Rheuma	☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes	☐ Ja ☐ Nein
Nierenfunktionsstörungen	☐ Ja ☐ Nein
Ohnmachtsneigung	☐ Ja ☐ Nein
andere:	

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Rauchen Sie?	☐ Ja ☐ Nein	
Alkoholgenuss?	☐ Ja ☐ Nein	
Drogenkonsum?	☐ Ja ☐ Nein	

Frühere Röntgenuntersuchung	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
-----------------------------	---	-------------------------------

Schwangerschaft	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, welcher Monat:
-----------------	---	-------------------------

Wie wurden Sie auf unsere
Praxis aufmerksam?

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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis **Dr. Mathias Birch** für den **Zweck meiner Zahnbehandlung, (Heil- und Kostenpläne, 1x jährliches ausfüllen des Anamnesebogen und die Zustimmung meiner Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle DZR, sowie die Entbindungsschweigepflicht zum Anfordern von Röntgenbildern, usw.)** durch meine Unterschrift zu. Und nehme die Datenschutzverordnung, die im Wartezimmer ausliegt, zur Kenntnis. Auch können Ihre personbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

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).

**Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe oder mit Ihrer Zahnstellung unzufrieden?
Sprechen Sie uns gerne an !**

Sollte es Ihnen nicht möglich sein Ihren Termin einzuhalten, bitten wir Sie mind. 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls behalten wir uns ein Ausfallhonorar vor.

Dürfen wir Sie telefonisch an Ihren Termin erinnern?

JA _____

NEIN _____

Datum u. Unterschrift des Patienten:

DATENSCHUTZINFO IM WARTEZIMMER