

Dr. Thomas Herrmann u. Christian Herrmann

Zahnärzte

Karlstraße 16a, 06844 Dessau-Roßlau
Telefon 0340-214505



Anmeldung

Vorname _____ Name _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Tätigkeit : _____ beschäftigt bei : _____

Telefon : privat: _____ geschäftlich: _____ mobil: _____

E-Mail : _____ Wenn privat versichert: beihilfeberechtigt? ja nein

empfohlen durch : _____ Zweitschrift der Rechnung erwünscht? ja nein

Falls Zahlungspflicht anderen obliegt oder übertragen ist Vorname: _____ Name: _____ Geb.: _____
(z.B. Studenten, Minderjährige etc.)

Anschrift

Erkrankungen: Herz/Kreislauf/Herzschrittmacher Rheuma Diabetes Bluter Allergie Schilddrüse

künstliche Gelenke künstliche Herzklappen /Gefäßprothesen Osteoporose Niere Auge

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids usw.): _____

Wurden Sie kürzlich operiert? ja nein ; Wenn ja, was? _____ Wann? _____

Sonstige Krankheiten: _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen: _____

Nehmen Sie folgende Arten von Medikamenten ein? Blutgerinnungshemmer (Einnahmezeitpunkt: _____ Uhr)

Bisphosphonate / monoklonale Antikörper (1 Tablette pro Tag/Woche oder eine Spritze pro Woche/Monat/Jahr)

Cholesterinsenker Antidiabetika Psychopharmaka sonstige

Wenn ja, welche? _____

Behinderung der Nasenatmung? ja nein

ferner: letzte Röntgenuntersuchung im Mund-Kieferbereich; wann? _____

Schwangerschaft? ja (_____ Monat) nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Hinweise:

Mir ist bewusst, dass die Praxis nach dem Bestell-System geführt wird. Für mich reservierte Behandlungszeiten, die nicht spätestens am Vortag von mir durch Absage freigegeben werden, können mir daher in Rechnung gestellt werden.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten: Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.

Datenschutz: Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Sie erklären die Kenntnisnahme der ausliegenden Datenschutzinformation sowie Ihr Einverständnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Art.6 Abs.1) mit den entsprechenden Widerrufsrechten (Art.7 DSGVO). Ihnen ist bekannt, dass ohne Ihre Einwilligung eine Behandlung seitens unserer Praxis nicht möglich ist.

Datum

Unterschrift