

ZAHNKLINIK ABC BOGEN MVZ GmbH

Damit wir all Ihre Fragen beantworten und Sie umfassend beraten können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte (Anamnese). Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____

Straße /Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Privatkrankenversicherung: _____

Gesetzl. Versicherung: _____

Zahnzusatzversicherung: _____

*Beruf _____

*Arbeitgeber _____

*Anschrift Arbeitgeber _____

* freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung: _____

Arzt / Zahnarzt _____

Praxiswebsite _____

Zeitung _____

Jameda _____

sonst. Internetangebote _____

Allergien / Überempfindlichkeiten: _____ Allergiepass: ja nein

Infektionskrankheiten/ allgm. Erkrankungen : _____

Datum: _____ / _____ / _____

Unterschrift: _____

Alle Angaben und Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich hiermit zu. Zudem verpflichte ich mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Außerdem stimme ich zu, dass die personenbezogenen Daten allen derzeitigen und eintretenden Behandlern der Praxis zugänglich gemacht werden. Im Falle einer gewünschten Behandlungsübernahme und zur kollegialen Abstimmung mit mit- u. weiterbehandelnden Kollegen bin ich mit der Überlassung und Weitergabe der behandlungsspezifischen Unterlagen / Fotos / Daten einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (HmbBfDI, Kurt-Schumacher-Alle 4, 20097 Hamburg) innehabe. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.