

## Anmeldebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis.



Bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihre persönlichen Wünsche und Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikoarme und individuelle Behandlung.

Alle Ihre Antworten werden gemäß Datenschutzgesetz vom 26.8.2006 vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.  
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Patient (m/w)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Festnetz

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

### mitversichert bei (nur bei Zutreffen ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Land

### Krankenversicherung

- ☐ Gesetzlich versichert (GKV)
- ☐ freiwillig versichert (GKV)
- ☐ Zahnzusatzversicherung vorhanden
- ☐ zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)

### Grund Ihres Besuchs

- ☐ Allgemeine Routineuntersuchung
- ☐ Zahnschmerzen
- ☐ Zweite Zahnarztmeinung

- ☐ Privat versichert (PKV) ohne Beihilfe
- ☐ Privat versichert (PKV) mit Beihilfe
- ☐ Privat versichert (PKV) nur Basistarif

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**Welche Krankheiten oder körperliche Besonderheiten müssen wir bei einer Behandlung besonders beachten?**

**Herz/Kreislauf**

- o Herzinfarkt im Jahr \_\_\_\_\_
- o Herzinsuffizienz/-erkrankung
- o Herzzinnenhautentzündung
- o Herzrhythmusstörungen
- o Herzschrittmacher
- o Künstliche Herzklappen
- o Angina pectoris
- o Herzpass vorhanden
- o Niedriger Blutdruck
- o Hoher Blutdruck
- o Ohnmachtsneigung

**Blut**

- o Bluter
- o Neigung zu Nachblutungen
- o Gerinnungsstörung

**Atmungswege/Lunge**

- o Asthma
- o Bronchitis

**Infektionskrankheiten**

- o Hepatitis A/B/C
- o HIV/Aids
- o Tuberkulose
- o Creutzfeld Jakob

**Stoffwechsel**

- o Zuckerkrankheit  
(Diabetes Typ\_\_\_\_)
- o Schilddrüsenüberfunktion
- o Schilddrüsenunterfunktion

**Nerven**

- o Kopfschmerzen
- o Migräne
- o Epileptische  
Anfälle

**Nieren**

- o Nierenerkrankung
- o Dialyse

**Augen**

- o Grüner Star
- o Grauer Star

**Magen-Darm-Trakt**

- o Magenerkrankung
- o Darmerkrankung

**Schwangerschaft**

- o ja, im \_\_\_\_ Monat
- o nein
- o ungewiss

**Allergien**

- o Allergiepass vorhanden
- o Zahnärztliche  
Werkstoffe:

**Medikamente**

- o Regelmäßige Einnahme  
von

**Blutgerinnungshemmende  
Mittel** (Marcumar, Heparin, ASS)

—

**Unverträglichkeit gegen:**

Wollen Sie an Prophylaxe- und/oder Kontroll-Termine erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

**Patientenzufriedenheit:**

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen und anderen Medikamenten.

**Versichertenkarte bei gesetzlich Versicherten:**

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie uns 10 Tage nach Behandlung noch nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und senden Ihnen unsere Rechnung zu. Hiermit bestätige ich, dass ich heute ohne Vorlage meiner elektronischen Gesundheitskarte in der genannten Zahnarztpraxis behandelt werden möchte.

**Angaben zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes:**

Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich mein Gesundheitszustand ändert, informiere ich meinen Zahnarzt vor der nächsten Behandlung.

**Ausfallgebühr:**

Sofern ein Termin nicht mindestens 48 Stunden im Voraus abgesagt oder versäumt wird und die Praxis diesen nicht kurzfristig nachbelegen kann, erheben wir eine Ausfallgebühr von mindestens 30€ pro angefangener halber Stunde. Dies gilt auch, wenn ein Zuspätkommen die Durchführung des Termin unmöglich macht. Wir behalten uns vor, bei mehrfacher kurzfristiger Absage, Versäumnis oder Zuspätkommens, keine weiteren Termine mehr zu vergeben.

**Externe Abrechnung:**

**Verehrte Patientinnen und Patienten,**

Wir möchten uns intensiv auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren.  
Deshalb haben wir entschieden, die Abrechnung einer kompetenten Partnerin zu übertragen:



Die SAGODENT Stumpf & Gnädig GbR sichert die korrekte und zuverlässige Erstellung und Bearbeitung von Heil- und Kostenplänen der zahnärztlichen Abrechnung und Verwaltung. Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit der SAGODENT Stumpf & Gnädig GbR zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der untenstehenden Erklärung.

**Einverständniserklärung\***

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Kontaktdaten, Befunde, Behandlungsunterlagen und behandlungsbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung an SAGODENT Stumpf & Gnädig GbR weitergeleitet werden dürfen. Ansprechpartner bei Fragen zur Abrechnung ist die Praxis sowie die SAGODENT Stumpf & Gnädig GbR.  
Ich entbinde meine Zahnärztin/meinen Zahnarzt bzw. die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Erstellung und Bearbeitung von Heil- und Kostenplänen, Kostenvoranschlägen sowie der zahnärztlichen Abrechnung und Verwaltung erforderlich ist. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen. Sie kann aber jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufen werden. Die Datenschutzrichtlinien sind für uns verpflichtend. Meine Zahnarztpraxis hat mich persönlich über die Datenweitergabe aufgeklärt. Eine Ausfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter/-in

\*Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärung sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam

SAGODENT  
Stumpf & Gnädig GbR  
Schloßstraße 41  
78259 Mühlhausen-Ehingen  
Tel: 0160-92408058  
Fax: 07733-5068525



### Information zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten). Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Zahnärztin Marisa Hohenberger, erreichbar unter der Praxisanschrift Weinstraße 100, 67480 Edenkoben, E-Mail [info@zahnarzt-hohenberger.de](mailto:info@zahnarzt-hohenberger.de) und Telefonnummer 06323/ 1500. Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgendes Recht, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

Recht auf Berichtigung und Löschung

Recht auf Auskunft

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzlicher Vertreter