

ANMELDEBOGEN

Sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig in Druckschrift aus. Wenn sie damit fertig sind, geben Sie ihn an die Rezeption zurück. Wir bitten Sie, uns zukünftige Änderungender unten gemachten Angaben unverzüglich mitzuteilen.

Patient

weiblich männlich divers

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon (privat): _____

_____ Telefon (dienstlich): _____

Beruf: _____ Handynummer: _____

_____ E-Mail: _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort: _____

Rechnungsempfänger (nur ausfüllen, falls abweichend vom Patienten)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfe

Name der Kasse: _____

Überwiesen von

Name/Anschrift _____

Behandelder Zahnarzt

Name/Anschrift _____

Behandelder Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Name/Anschrift _____

HINWEIS: Aufgrund der hohen Betriebskosten im Gesundheitswesen möchten wir Sie bitten, Ihre zukünftigen Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient*in: _____

Die Daten werden in der Praxis auf elektronischen Datenträgern gespeichert. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

RÖNTGENHISTORIE

sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserem modernen 3D-Röntgeninstitut. Bevor wir bei Ihnen die medizinisch erforderlichen Aufnahmen anfertigen, benötigen wir jedoch noch einige Informationen von Ihnen. Bitte geben Sie im Folgenden die in den letzten 12 Monaten angefertigten Röntgenbilder im Kopfbereich chronologisch an:

1. Monat: _____ Jahr: _____ Art der Aufnahme: _____

Praxis: _____

2. Monat: _____ Jahr: _____ Art der Aufnahme: _____

Praxis: _____

3. Monat: _____ Jahr: _____ Art der Aufnahme: _____

Praxis: _____

- Zurzeit besteht keine Schwangerschaft
- Röntgenpass vorhanden Ich bitte um Ausstellung eines Röntgenpasses (kostenfrei)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

- Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung durch MESANTIS und Mundwerk zu. Zusätzlich stimme ich zu, dass meine personenbezogenen Daten bzw. Behandlungsunterlagen im Rahmen der Behandlung auch an alle mit- bzw. weiter- behandelnden Ärzte/Ärztinnen, Krankenkassen, beauftragte Dentallabore für Behandlungsgeräte sowie beteiligte zahntechnische Dienstleister übermittelt werden dürfen.
- Ich bin auch damiteinverstanden, dass meine Behandlungsdokumentation in anonymisierter Form auch zu wissenschaftlichen Zwecken, Publikationen und/oder Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen verwendet werden können.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich 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).
- Hiermit bestätige ich alle Angaben freiwillig, korrekt und vollständig gemacht zu haben. Das 3D-Röntgenbild werde ich unmittelbar nach der Anfertigung entweder bar oder per EC-Karte bezahlen.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient*in: _____