

**Liebe Patienten!**

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Für einen reibungslosen Ablauf und eine sichere Behandlung sind jedoch noch einige Fragen zu beantworten. Wir bitten Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Bei Fragen Ihrerseits, wenden Sie sich gerne an unsere Rezeption. Vielen Dank!

---

adentes MVZ  
Alte Heerstraße 14-16  
53757 Sankt Augustin  
Deutschland

T +49 2241 397960  
info@adentes.de  
www.adentes.de

**PATIENTENDATEN**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Berufsbezeichnung

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wer war Ihr bisheriger  
Zahnarzt?

**VERSICHERTER**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Wie sind sie versichert?

Gesetzlich pflichtversichert bei

Gesetzlich freiwillig versichert bei

Privat versichert bei

Privat versichert mit Basistarif bei

---

**ALLGEMEINE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT**

HABEN SIE ALLERGIEN?

Ja  Nein

welche?  
\_\_\_\_\_

Ist ein Allergiepass vorhanden?

Ja  Nein

LEIDEN SIE AN HERZERKRANKUNGEN?

Ja  Nein

welche?  
\_\_\_\_\_

KÖRPERGRÖSSE

KÖRPERGEWICHT

---

LEIDEN SIE AN EINER DIESER ERKRANKUNGEN?

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| Hepatitis A | MRSA-Infektion    |
| Hepatitis B | Creutzfeldt Jakob |
| Hepatitis C | Noro Virus        |
| HIV         | Mumps             |
| Scharlach   | Masern            |
| Röteln      | Sonstiges         |

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Ja  Nein

welche?  
\_\_\_\_\_

Bisphosphonate

---

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN:

- |                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| Asthma                 | Diabetes                          |
| Tuberkulose            | Osteoporose                       |
| Blutungsneigung        | Eingeschränkte Mundöffnung        |
| Schilddrüsenerkrankung | Schmerzen im Gesicht / Ohrbereich |
| Angina pectoris        | Knacken / Reiben im Kiefergelenk  |
| Krebsleiden            | Ohrgeräusche / Tinnitus           |
| Erhöhter Blutdruck     | Zähneknirschen / Zähnepressen     |
| Ohnmachtsneigung       | Häufige Kopfschmerzen / Migräne   |
| Niedriger Blutdruck    | Verspannung im Nacken / Schulter  |
| Epilepsie              | Mundgeruch                        |

SIND SIE SCHWANGER

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE

IN UNSER VERSORGUNGSZENTRUM?

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

ICH MÖCHTE GERNE ÜBER FOLGENDE THEMEN AUFGEKLÄRT WERDEN:

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| Zahnersatz               | Professionelle Zahnreinigung   |
| Implantate               | Prophylaxe                     |
| Ästhetisch Versorgung    | Bleaching                      |
| Endodontische Behandlung | Kieferorthopädische Behandlung |
| Parodontal Behandlung    | Chirurgische Behandlung        |

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- |   |           |
|---|-----------|
| Empfehlung über Bekannte / Verwandte    | Internet  |
| Werbung (Anzeige, Fachzeitschrift etc.) | Sonstiges |

**UNSER RECALL-SYSTEM**

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Besuch?

**JA** \_\_\_\_\_ **NEIN** \_\_\_\_\_

Ich bin bereit, an ihrem Recall-System teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.  
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).

**EVENTS / VERANSTALTUNGEN**

Möchten Sie über unsere kommenden Events / Veranstaltungen informiert werden?

**JA** \_\_\_\_\_ **NEIN** \_\_\_\_\_

via E-Mail  
E-Mail Adresse \_\_\_\_\_  
via Post

#### ALLGEMEINE AUFKLÄRUNG

Bitte beachten Sie, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. In den auf die Behandlung folgenden 2-3 Stunden sind Sie nur bedingt fahrtüchtig. Sie können individuell vereinbarte Termine bis 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt kostenfrei absagen. Verspätet abgesagte oder versäumte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

#### ZUZAHLUNGEN PHYSIOTHERAPIE

Laut Sozialgesetzbuch fünf (SGBV § 16V) müssen GKV-Versicherte einen Teil der vertragsärztlichen verordneten Heilmittel selbst zahlen. Diese Gebühr setzt sich aus 10,00 € sogenannte Verordnungsgebühr + 10 % des Honorars zusammen.

#### EINVERSTÄNDNIS

Wenn es zur Verbesserung der Diagnose und Therapie förderlich ist, bin ich damit einverstanden, dass pathohistologisches Untersuchungsmaterial und Behandlungsunterlagen (wie z. B. Befunde oder Röntgenbilder) sowohl angefordert als auch versendet werden dürfen. Für diesen Zweck entbinde ich gleichzeitig das MVZ adentes von der Schweigepflicht.

#### QUALITÄTSSICHERUNG

Ihre personenbezogenen Daten können zum Zweck der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

#### FOTOAUFNAHMEN // Verwendungszweck

Die Aufnahmen werden zur Qualitätssicherung für interne Besprechungen im Bedarfsfall (Zahnersatz) für adentes Labor GmbH und für die komplette Diagnostik verwendet. Zusätzlich können die Oralen-Aufnahmen anonym auf unseren Social-Media-Kanälen verwendet werden.

#### FOTOAUFNAHMEN // Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der fotografischen Aufnahmen seiner Person für die oben genannten Zwecke.

#### FOTOAUFNAHMEN // Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

#### DATENSCHUTZ

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Datenschutz-Grundverordnung des MVZ adentes auf der Homepage [adentes.de](https://www.adentes.de) vorzufinden ist oder in gedruckter Form im Wartezimmer für Sie ausliegt. Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiert.

---

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT

SENDEN