

Anmeldebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname des Patienten geb. am _____

Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend) geb. am _____

Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Telefon / Handy Email-Adresse _____

Gesetzl. Krankenkasse Postbeamten A / B Basistarif Beihilfe Zusatzversicherung
Private Krankenkasse

Beruf Arbeitgeber (Adresse) Hausarzt _____

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? **ja** **nein** ggf. ergänzende Angaben

1. Erkrankungen des Herzens, Kreislaufs, Krebserkrankung
(bei Krebserkrankung bitte Angaben zur Chemo- Strahlentherapie)

2. Erkrankung Rheuma oder Osteoporose
(Angaben zu Medikamenten Immunsuppressiva, Bisphosphonate)

3. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose)

4. Innere Krankheiten (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)

5. Sonstige Erkrankungen

6. Allergien (auch gegen Arzneimittel)

7. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?)

8. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

9. Besteht eine Schwangerschaft?

10. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

11. Besitzen Sie ein Bonusheft?

12. Haben Sie einen Hauszahnarzt? Name:

13. Wie sind Sie auf AllDent aufmerksam geworden?

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit: 1. Speicherung meiner Daten und Weitergabe an Dritte zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und der Leistungsabrechnung (Details siehe Aushang im Wartezimmer und www.alldent.de). 2. Mitteilungspflicht bei Änderung der Daten. 3. Berechnung einer Ausfallgebühr in Höhe von Euro 100,- für versäumte Termine oder nicht mind. 24h vorher abgesagte Termine. 4. Versicherungsbedingungen von Basistarif-/ Postbeamten- / Reise- oder Notfallversicherungen werden nicht akzeptiert. Es erfolgt eine Berechnung frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte. 5. Videoüberwachung im Empfangs- / Flurbereich. 6. Erinnerung an jährliche Kontrolluntersuchung 7. Zusendung von E-Mails zur Verbesserung unserer Leistung über den EU-Dienstleister sendinblue (auf Grundlage von Standardvertragsklauseln). Ausführliche Hinweise erhalten Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Datum Unterschrift