

Wir möchten uns intensiv Ihrem Anliegen widmen. Dazu sind die nachfolgenden Angaben wichtig. Wir bitten Sie, die Angaben und Fragen nach bestem Wissen zu beantworten. Die Informationen und Behandlungsangaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Jede Behandlung erfordert personellen und organisatorischen Aufwand; wir halten für Sie hoch qualifiziertes Fachpersonal vor. Bitte teilen Sie uns daher Terminveränderungen spätestens 24 Stunden vorher telefonisch mit, da wir Ihnen ansonsten ggf. ein Ausfallhonorar berechnen müssen.

Ihr Team der ZTK ZAHNGESUNDHEIT

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Website Banner |
| <input type="checkbox"/> Google Suche | <input type="checkbox"/> Radio-/TV-Werbung |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Anzeige in Zeitschrift/Magazin |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Plakate / Flyer / Außenwerbung |
| <input type="checkbox"/> Online-Terminbuchung (Doctolib, Dr. Flex) | <input type="checkbox"/> Praxisschild |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Werbeartikel |

ANMELDUNG

Familienname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

E-Mail Adresse

Vorname

PLZ, Ort

Telefonnummer

Handynummer

Sind Sie aktuell berufstätig? ja nein

Beruf

Straße, Hausnummer

Telefonnummer Arbeit

Wenn ja, sind Sie angestellt selbstständig

Arbeitgeber

PLZ, Ort

Ich bin Rentner Student

KRANKENVERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert? gesetzlich versichert freiwillig versichert zusatzversichert familienversichert

Sind Sie privat versichert? ja nein Haben Sie einen Basistarif? ja nein

Besteht ein Pflegegrad? ja nein

Besteht eine Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII?

Wenn ja welcher:

ja nein

Name des Mitglieds

Bei Direktabrechnung / Rechnungsanschrift:

Name des Rechnungszahlers

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsdatum

PLZ, Ort

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrem Lächeln?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 = sehr unzufrieden 5 = geht so 10 = sehr zufrieden

Sind Sie nur wegen Zahnschmerzen gekommen?

ja nein

Wünschen Sie zukünftig Terminerinnerungen? (Wir kontaktieren Sie telefonisch / per E-Mail / Post)

ja nein

Professionelle Zahnreinigung (PZR) pflegt nachweislich Ihre natürlichen Zähne. Wünschen Sie weitere Infos?

ja nein

Sind bei Ihnen zu irgendeiner Zeit folgende Symptome aufgetreten?

Zahnfleischbluten

ja nein

Zahnlockerungen

ja nein

Schmerzen im Kiefergelenkbereich und/oder Verspannungen der Kaumuskulatur

ja nein

Schmerzen im Gesichtsbereich und/oder der Ohren?

ja nein

Akute Zahnschmerzen

ja nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktion und/oder Überempfindlichkeit

ja nein

Herz-, Kreislauferkrankungen

ja nein

Gelbsucht, Infektionskrankheiten, HIV

ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

ja nein

Knochenerkrankungen

ja nein

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

Medikamentenunverträglichkeit

ja nein

Rheumatische Erkrankungen

ja nein

Andere Erkrankungen

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie – oder haben Sie in der Vergangenheit Drogen eingenommen?
(Cannabis, Crystal Meth, Heroin, Kokain)

ja nein

Erfolgt/erfolgte eine Behandlung mit Bisphosphonaten?

ja nein

Erfolgten kürzlich Röntgenaufnahmen?

ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Sonstiges:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustands und Ihrer Adresse mit.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert und verarbeitet; nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie gern auf Anfrage.

Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass die notwendigen Heil- und Kostenpläne sowie zahnärztliche Honorarabrechnungen durch ein externes Abrechnungsbüro erstellt werden können. Insofern stimme ich der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten zu und entbinde für diesen Zweck alle Zahnärzte / Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die im Folgenden genannten Zwecke genutzt werden dürfen:

1. Zusendung von print und online Newslettern (z.B. zu Unternehmensinformationen, neue Angebote der ZTK oder Gruß- und Geburtstagskarten.
2. Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter der ZTK ZAHNGESUNDHEIT GmbH per Email, SMS, WhatsApp Nachricht, Telefon, Brief u.a. zur Terminvergabe und Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (»Recall«).

ja

ja

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit schriftlich z. B. per Brief oder per E-Mail an info@ztk-zahngesundheit.de mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift