

Dr. med. dent.  
**Johanna J. Klockenkämper**

Kaiserhofstraße 10 · 60313 Frankfurt  
Telefon: 069-721138 · Telefax: 069-174324

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname: _____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Tel. Handy: _____	Name: _____
Emailadresse: _____	Adresse: _____
Beruf: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Tel. Arbeitsplatz: _____	Dienstes? ja / nein
Krankenkasse: _____	
pflichtversichert: ja / nein	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B/C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	ja / nein		Fand eine
Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein		

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Frankfurt, den** \_\_\_\_\_

Reservierte Termine müssen 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten dürfen sie rechtskräftig in Rechnung gestellt werden.

**Frankfurt, den** \_\_\_\_\_

Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

Dr. med. dent.  
**Johanna J. Klockenkämper**

---

Kaiserhofstraße 10 · 60313 Frankfurt  
Telefon: 069-721138 · Telefax: 069-174324

## **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis und zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften**

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitung sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich unabhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Frau Dr. Johanna Klockenkämper.

### 1. Recall:

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparung beim Zahnersatz führen.

Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per

Mail oder  einem Anruf  Ich möchte NICHT in das Recallsystem aufgenommen werden.

2. Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Zahnärztin **Frau Dr. Johanna Klockenkämper**, die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit der Kollegin **Frau Dr. Sabine Weidlich** aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Fachangestellte und Auszubildende)

---

Datum, Unterschrift