

# Niklas Szikszay

## Zahnarzt | Oralchirurg

Zahnarzt | Oralchirurg Niklas Szikszay • Frankfurter Straße 103 • 63263 Neu-Isenburg

### Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient\*innen daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen / Von wem wurden Sie überwiesen?  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Bei einer gesetzlichen Krankenkasse bitte angeben:  
Pflichtversichert? ja [ ] nein [ ]      Freiwillig versichert? ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja [ ] nein [ ]  
Bei einer Privatversicherung bitte angeben:  
Standardtarif? ja [ ] nein [ ]      Basistarif? ja [ ] nein [ ]  
Beihilfeberechtigt? ja [ ] nein [ ]

#### Versichertendaten ( sofern sie von den Patient\*innen daten abweichen )

Rechnung an: Patienten [ ]    Versicherten [ ]  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja [ ]    nein [ ]

Wie dürfen wir Sie kontaktieren, um Sie an einen Folgetermin zu erinnern? E-Mail [ ] SMS [ ] Brief [ ]  
Telefonisch [ ] Nie [ ]

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten **von bis zu 200,00€** in Rechnung gestellt werden können. Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Niklas Szikszay

## Zahnarzt | Oralchirurg

Zahnarzt | Oralchirurg Niklas Szikszay • Frankfurter Straße 103 • 63263 Neu-Isenburg

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Herzerkrankung ja [ ] nein [ ]  
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappe ja [ ] nein [ ]  
Hoher Blutdruck ja [ ] nein [ ]  
Marcumar / andere Gerinnungshemmer ja [ ] nein [ ]  
Blutungsneigung / Bluterkrankung ja [ ] nein [ ]  
Infektionserkrankung ( z.B. HIV, Hepatitis ) ja [ ] nein [ ]  
• Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen ja [ ] nein [ ]  
( z.B. Diabetes Mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung, Lungenerkrankung / Asthma, Magen-/ Darmerkrankungen, Epilepsie )  
• Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien ja [ ] nein [ ]  
( z.B. auf Jod, Latex, Penicillin )  
• Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Unverträglichkeit auf Medikamente? ja [ ] nein [ ]  
• Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja [ ] nein [ ]  
• Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher? ja [ ] nein [ ]  
Sind Sie Schwanger? ja [ ] nein [ ] Monat: \_\_\_\_\_

### Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung ja [ ] nein [ ]  
Zahnschmerzen ja [ ] nein [ ]  
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen ja [ ] nein [ ]  
Kiefergelenkbeschwerden ja [ ] nein [ ]  
Knirschen ja [ ] nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]  
Aufhellung der Zähne ( Bleaching ) ja [ ] nein [ ]  
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [ ] nein [ ]  
Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [ ] nein [ ]  
Implantate / Implantatversorgung ja [ ] nein [ ]  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Niklas Szikszay

## Zahnarzt | Oralchirurg

Zahnarzt | Oralchirurg Niklas Szikszay • Frankfurter Straße 103 • 63263 Neu-Isenburg

### Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung patientenbezogener Patient\*innendaten

gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. A, rt. 7 DSGVO

Patient\*in:

-----  
Name, Vorname

-----  
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV-Hessen oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dental Labor, Röntgenstelle, etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

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

ja

nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

-----  
Datum, Unterschrift Patient\*in