



**Anmelde – Bogen**  
(zum Ausdrucken und Mitbringen)

Lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Festnetz Mobil Geschäftlich

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? *[bitte ankreuzen]* Ja Nein  
[ ] [ ]  
Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

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

Leiden Sie an Allergien? [ ] [ ]  
Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie empfohlen? \_\_\_\_\_

[ ] Kontrolluntersuchung

[ ] Zahnschmerzen

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? [ ] Nein [ ] ja, halbjährlich [ ] jährlich

[ ] **Datenschutzrechtliche Einwilligung:** Sie stimmen der Speicherung ihrer personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift