

Gastfeldstraße 928201 Bremen

Tel. 0421 551144  
E-Mail: info@dr-vossmeier.de

Unser Team heißt Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Zur Anmeldung bitten wir Sie um einige persönliche Angaben:

Patient: \_\_\_\_\_  
Vorname                      Name                      geb. am                      Geburtsort

Mitglied: \_\_\_\_\_  
Vorname                      Name                      geb. am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer    Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
Festnetz                      Mobil                      \*geschäftlich

E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Beruf: \_\_\_\_\_ \*Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_  
O gesetzlich                      O privat                      O beihilfeberechtigt/zusatzversichert

\*Angabe freiwillig

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:**

Leiden Sie an:

Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen?                                      O ja   O nein

Sind Sie auf eine Endocarditis-Prophylaxe angewiesen?                                      O ja   O nein

Infektionskrankheiten ( Hepatitis, Tbc, AIDS o.a.?                                      O ja   O nein

**Gastfeldstraße 928201 Bremen**

**Tel. 0421 551144  
E-Mail: info@dr-vossmeier.de**

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seite 1 von 2

Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon mal eine „Parodontosebehandlung“ durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ohnmachtsneigung?  ja  nein

Zahnfleischbluten?  ja  nein

Überempfindliche Zähne?  ja  nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gastfeldstraße 928201 Bremen

Tel. 0421 551144  
E-Mail: [info@dr-vossmeier.de](mailto:info@dr-vossmeier.de)

---

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung  
personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. A DSGVO**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck *der namentlichen Ansprache in den Praxisräumlichkeiten und am Telefon, der Weitergabe an Kollegen bei Überweisung und Konsil, der internen Verwaltungstätigkeit (z.B. Praxissoftware) und der Datenverarbeitung gegenüber der KZV und der ZÄK* durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

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

---

Datum

---

Unterschrift