

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Um Sie bestmöglich betreuen zu können, bitten wir Sie, den Anmeldebogen vollständig auszufüllen.

1. Patienteninformationen

Patient/in Herr/Frau/Kind:

Name: Vorname: geb. am:

Strasse/Hausnummer: Telefon:

Postleitzahl/Ort: Mobil:

E-Mail:

Versicherter/ Zahlungspflichtiger (falls von Patient/in abweichend)

Name: Vorname: geb. am:

Strasse/Hausnummer: Telefon:

Postleitzahl/Ort: Mobil:

E-Mail:

Versichertenstatus

- Ich bin pflichtversichert. Ich bin beihilfeberechtigt. Ich bin familienversichert.
 Ich habe eine Zahn-Zusatzversicherung. Ich bin privat versichert. Ich bin nicht krankenversichert.
 Ich bin freiwillig versichert.

2. Datenschutz und Schweigepflicht

Der Zahnarztpraxis Massimo Micallef ist der Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr wichtig. Selbstverständlich werden Ihre persönlichen Daten vertraulich behandelt. Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie auch darüber, zu welchem Zweck unsere Praxis persönliche Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Außerdem möchten wir Sie über Ihre Datenschutzrechte uns gegenüber informieren.

Hierzu haben wir zu Ihrer Information auf unserer Internetpräsenz www.zahnarzt-micallef.de das Dokument **Patienteninformation zum Datenschutz (Stand: Mai 2018)** zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus liegt in unserer Praxis eine Printversion dieser Datenschutzhinweise für Sie zur Einsichtnahme bereit.

Mit Unterzeichnung des Anmeldebogens stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Massimo Micallef nach Maßgabe der Ihnen zur Kenntnis gegebenen **Patienteninformationen zum Datenschutz (Stand: Mai 2018)** zu und erklären sich mit diesen einverstanden. Sie sind darüber hinaus darauf hingewiesen worden, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Zahnarztpraxis widerrufen können, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

3. Bestellsystem und Behandlungstermine

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet für unsere Patienten, dass diese in der Regel mit nur geringen Wartezeiten rechnen müssen. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig hierüber (möglichst >24 h vorher). Bitte beachten Sie, dass mit der Vereinbarung eines Behandlungstermins zwischen unserer Praxis und Ihnen ein Dienstleistungsvertrag zustande kommt. Aufgrund dieses Vertrages halten wir die für die Behandlung erforderlichen Räumlichkeiten, Behandlungsmaterialien und erforderliches Personal zur Verfügung. Des Weiteren wird für Sie ausreichend Behandlungszeit reserviert. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns die Berechnung von Ausfallzeiten nach § 615 BGB; § 287 ZPO vorbehalten, wenn Sie äußerst kurzfristig den Termin absagen oder ohne Rücksprache mit uns nicht zum vereinbarten Behandlungstermin erscheinen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und diesen zustimme.

Datum: Unterschrift: