



# ANMELDUNG UIND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

## Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenksprobleme) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Hohe Bakterienbelastung bei einer Parodontitis wirkt sich negativ auf unterschiedliche Organe aus. Sie werden zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen meist keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachforschen, um ihre Ursache zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Körper- und Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie dabei bitte jedwede eigene Interpretation der Fragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer „ja“ oder „nein“ an.

## IHR BEHANDLUNGSWUNSCH

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Kostenoptimierte Therapie</b><br><br>Ich möchte hochwertig aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin. | <input type="checkbox"/> <b>Qualitätsoptimierte Therapie</b><br><br>Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Nicht nur Langlebigkeit sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin. |
| Am wichtigsten ist mir<br><input type="checkbox"/> Funktion <input type="checkbox"/> Ästhetik. <input type="checkbox"/> Langlebigkeit <input type="checkbox"/> Berücksichtigung naturheilkundlicher Aspekte   |   |
| Benötigen Sie eine Beratung zum Thema Schnarchen  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |

## OKKLUSALINDEX

|  | Ja                       | Nein                     |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Haben Sie irgendwann Beschwerden beim Kauen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Ist irgendein Zahn empfindlich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Müssen Sie eine spezielle Kieferstellung suchen, um die Zähne richtig zu schließen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche<br><input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich<br><input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen?<br><input type="checkbox"/> Morgens. <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends<br><input type="checkbox"/> Rechts. <input type="checkbox"/> Links. <input type="checkbox"/> Beidseits <input type="checkbox"/> Wechselnd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen?<br><input type="checkbox"/> Kopf. <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Hals   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Verspüren Sie manchmal oder häufiger:<br><input type="checkbox"/> Mundtrockenheit <input type="checkbox"/> Brennen im Mund   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### Anmerkungen

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Welche Medikamente nehmen Sie |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

| Herz-/kreislauf:      | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzfehler            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hoher Blutdruck       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhythmusstörungen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                  |                          |                          |

| Auge                              | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Grüner Star (Glaukom)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grauer Star (Katarakt)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| starke Einschränkung der Sehkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                              |                          |                          |

| Allergien                       | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Heuschnupfen/                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fruchtzucker                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jod                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflaster                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex (z. B. Luftballons o. ä.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergiepass                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Gefäße                 | Ja                       | Nein                     |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampfadern            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                   |                          |                          |

| Stoffwechselerkrankungen  | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ II  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenüberfunktion  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kropf                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                      |                          |                          |

| Infektionskrankheiten  | Ja                       | Nein                     |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| HIV                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SARS-2 Virus Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Infektionen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche:       |                          |                          |

| Atemwege/Lunge        | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthma                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenentzündung      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenblähung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafapnoe           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnarchen Sie?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                  |                          |                          |

| Skelettsystem      | Ja                       | Nein                     |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rückenbeschwerden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskelschwäche     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fibromyalgie       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?               |                          |                          |

| Gerinnungshemmende | Ja                       | Nein                     |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aspirin®/ ASS      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcumar®          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ticlopidin®        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clopidogrel®       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?               |                          |                          |

| Leber           | Ja                       | Nein                     |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leberverhärtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fettleber       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gallensteine    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A° B° C°        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?            |                          |                          |

| Knochen   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen welcher Erkrankung?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seit wann?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit welchem Präparat?   |                          |                          |

| Regelmäßige Medikamente | Ja                       | Nein                     |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blutdruckmedikamente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzmedikamente         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| „Antibabypille“         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychopharmaka          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidiabetika           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche?                 |                          |                          |

| Nieren               | Ja                       | Nein                     |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dialysepflichtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenentzündung     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierensteine         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                 |                          |                          |

| Nerven/Gemüt                              | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Krampfanfälle (Epilepsie)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lähmungen                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angstzustände                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren / sind Sie in psychotherapeutischer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bulimie                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                                      |                          |                          |

| Röntgen                    | Ja                       | Nein                     |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wurden Sie im letzten Jahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Magen/Darm          | Ja                       | Nein                     |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Geschwür            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Engstelle           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Refluxkrankheit     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                |                          |                          |

| Immunschwäche         | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einnahme von Cortison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Organtransplantation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Zahn-,Mund-;Kieferbeschwerden     | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kiefergelenkgeräusche?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knacken                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reiben                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnersatz?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Festsitzend                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herausnehmbar                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herausnehmbar                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nikotin/Alkohol         | Ja                       | Nein                     |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Drogenkonsum            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alkoholgenuss           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raucher                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was?                    |                          |                          |

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| Sonstiges |  |  |
|-----------|--|--|

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

| Mein Hausarzt |  | Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? |
|---------------|--|--|
| Name:         |  |  |
| Strasse:      |  |  |
| Ort:          |  |  |
| Telefon:      |  |  |
| E-mail:       |  |  |

| Weitere aktuelle Behandlungen |                            |   |
|-------------------------------|----------------------------|---|
|                               | Grund / Art der Behandlung | Mein Facharzt oder Therapeut (Name Ort) |
|                               |                            |   |
|                               |                            |   |
|                               |                            |   |

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

**Es kann unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:**

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                |
| <b>Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.</b> | <b>Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.</b> | <b>Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.</b> | <b>Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.</b> |

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe

ich verstanden.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Liebe Patientin, lieber Patient,

## Unser Recall-Service

Gerne nehmen wir Sie in unseren Erinnerungsservice, unser Recall System für ihre individuellen Zahnarztbesuche auf. Sollten Sie bereits seit längerem an unserem Recall-System teilnehmen, gibt es eine kleine Änderung wie wir Sie zukünftig kontaktieren. Unser seit 25 Jahren bestehendes telefonisches Recall-Verfahren wird aus praktischen Erwägungen umgestellt. In der Zukunft werden wir die Termine per E-Mail oder per SMS auf ihr Mobiltelefon mit Ihnen vereinbaren. Dazu benötigen wir Ihre E-Mail Adresse und/oder Ihre Mobiltelefonnummer.

Selbstverständlich können Sie Ihren nächsten Termin auch direkt bei einem aktuellen Termin vereinbaren. Sollte es technische Probleme geben, die ein Recall per E-Mail oder SMS unmöglich machen, sprechen Sie uns an, wir bemühen uns um eine Lösung für Sie. Haben Sie dazu Fragen oder brauchen Hilfe, sprechen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne.

| Patient |         |
|---------|---------|
| Name    | Vorname |
| Strasse | Ort     |

**Ich möchte Ihren Recall-Service nutzen und meine Termine per:**  
(zutreffendes ankreuzen und ggfs. Kontaktdaten ergänzen)

**E-Mail** an folgende E-Mail Adresse gesandt bekommen:

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

**SMS** an folgende Mobilfunknummer gesandt bekommen

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

**Ich verfüge weder über ein Mobiltelefon noch über eine E-Mail Adresse, bitte kontaktieren sie mich per**

**Brief** für eine Terminvereinbarung

**Fax** für eine Terminvereinbarung

Faxnummer: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recallsystem

Aufgrund der neuen Datenschutzrichtlinien möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir mit Ihrer Zustimmung die Terminerinnerungen per SMS, telefonisch, per Brief oder E-Mail weiter aufrechterhalten können. Daher möchten wir Sie bitten, mit diesem Formular Ihr Einverständnis zu erteilen.

Dieser Service wird ausschließlich zum Zwecke der Terminerinnerung und / oder der Vorsorgeerinnerung, sowie der telefonischen Terminabsprache auf dem Computersystem in unserem Hause gespeichert. Ihre hierzu benötigten Daten werden weder an andere Stellen übermittelt, noch zu Werbezwecken benutzt.

Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen, wenn Sie diesen Service nicht mehr in Anspruch nehmen wollen.

Sollten wir Ihnen Benachrichtigungen per SMS schicken, weisen wir Sie darauf hin, dass diese unverschlüsselt auf Ihr Telefon versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Rufnummer, Ihre Adresse oder Ihre E-Mail geändert hat.

Ich bin mit dem oben genannten Service einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Erziehungsberechtigten