

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Zuvor müssen wir Sie jedoch um Ihr Einverständnis bitten, dass wir Ihre personenbezogenen Daten, die wir gemäß Ihren Angaben durch Sie oder als Folge Ihrer Behandlung über Sie erhalten, bei uns speichern und verarbeiten können. Der Schutz Ihrer Daten unterliegt hierbei dem EU Datenschutzgesetz DSGVO, über dessen wesentliche Inhalte Sie sich bei uns informieren konnten.

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung

personenbezogener Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO
Ich stimme hiermit unterschriftlich der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis Zahnheilkunde 5-Seenland 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).

Ferner bestätige, dass ich die ausliegende Information zum Datenschutz nach der EU Datenschutz Grundverordnung DSGVO zur Kenntnis genommen habe. Diese Information erklärt die Verantwortlichkeiten für den Datenschutz, den Zweck der Erhebung Ihrer Daten, den Umgang Ihrer personenbezogenen Daten gegenüber Dritten, der Dauer der Speicherung sowie die Ihnen zustehenden grundlegenden Rechte nach der DSGVO.

Ort Datum

Patient/in

bzw. gesetzliche Vertreter(in)

2. Fragebogen zu meinen Personalien

Patient:

Herr/Frau/Kind

Name Vorname Geburtsdatum/Ort

mitversichert bei

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße und Hausnummer PLZ Ort

Telefon

privat mobil

email

email-Adresse

Krankenkasse
oder Versicherung

besondere Tarife

Basistarif? _____ anderer besonderer Tarif? _____

Beihilfe oder
Zusatzversicherung

Für Erziehungsberechtigte/gerichtl. bestellte Betreuer (gesetzl. Vertreter):

Erziehungsberechtigte(r)

Name Vorname

Betreuer(in)

Name Vorname

Anschrift

Straße und Hausnummer PLZ Ort

Telefon

privat mobil

email

email-Adresse

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Hechendorf, 13.12.2021

Unterschrift bzw. gesetzliche Vertreter(in)

3. Fragebogen zu meinem Gesundheitszustand

Ärztliche Behandlung: Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja / nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? ja / nein

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass? ja / nein

Wenn ja, gegen welche Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlich- oder Unverträglichkeit?

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja / nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja / nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja / nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja / nein

Nicht aufgeführte Herzerkrankungen?

Kreislauf-
erkrankungen: Zu hoher Blutdruck ja / nein
Zu niedriger Blutdruck ja / nein
Zustand nach Herzinfarkt ja / nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein? ja / nein

Nicht aufgeführte Kreislauferkrankungen?

Vegetative
Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja / nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja / nein

Nicht aufgeführte vegetativen Erkrankungen?

Sonstige Erkrankung: Osteoporose ja / nein
Tumorerkrankungen ja / nein

Stoffwechsel-
erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) ja / nein
Magen-, Darmerkrankungen ja / nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja / nein

Nicht aufgeführte Stoffwechselerkrankungen?

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja / nein
Krämpfe? ja / nein

Nicht aufgeführte Erkrankungen des Nervensystems?

Blutkrankheiten: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja / nein
Blutarmut (Anämie)? ja / nein

Nicht aufgeführte Bluterkrankungen?

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/____)? ja / nein
Tuberkulose? ja / nein
Chron. Erkrankung der Atemwege, Husten usw.? ja / nein
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja / nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Nicht aufgeführte Infektionskrankheiten?

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja / nein
Rauchen Sie? wieviel _____ ja / nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja / nein
Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja / nein

Wenn ja, wo? Unsere modernen, computergestützten Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!

Schwangerschaft: Besteht eine Schwangerschaft? ja / nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Dürfen wir Sie an regelmäßige Kontrollen erinnern? ja / nein

Ist der Unterzeichner erziehungsberechtigt oder gerichtlich bestellter Betreuer?

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche Vertreter(in)