

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen!

Im Interesse einer optimalen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

Sollten bei der Beantwortung Schwierigkeiten auftreten, helfen wir Ihnen gern.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen Ihrer Personen- und Gesundheitsdaten umgehend mit.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name Patient:	Vorname:	Geburtstag:
Name Versicherter:	Vorname:	Geburtstag:
PLZ/Ort:	Straße/Hausnummer:	E-Mail:
Telefon (privat):	Telefon (beruflich):	Mobiltelefon:
gesetzlich versichert Versicherung:	privat versichert Versicherung:	Zahnzusatzversicherung beihilfeberechtigt

Mein Hauptanliegen:
Ihre Praxis wurde
mir empfohlen von:

Zahnärztliche Fragen:

Besteht Angst vor (zahn) ärztlicher Behandlung?	nein	ja
Bestehen Zahn-/Kopf- oder Nackenschmerzen?	nein	ja
Bemerken Sie Veränderungen an Zähnen/Zahnfleisch?	nein	ja
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	nein	ja
Rauchen Sie?	nein	ja
Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?		täglich
Bei Zahnersatz: ist die Funktion gestört?	nein	ja
Wie alt ist Ihr Zahnersatz?		Jahre (ca.)

Haben oder oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankung	Lebererkrankung	Asthma
Bluthochdruck	Gelbsucht (Hepatitis)	Rheuma
niedriger Blutdruck	HIV+ (AIDS)	Diabetes HbA1c
Herzschrittmacher	MRSA	Epilepsie
(künstlicher) Bluter	Creutzfeldt-Jakob Krankheit	Atemwegserkrankung
Durchblutungsstörungen	Magen-Darmerkrankung	

Fortsetzung auf Seite 2

Sind Sie schwanger? nein ja . Monat

Pflegestufe nein ja Pflegegrad

Nicht aufgeführte Erkrankungen:

Allergien nein ja

wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Ich möchte regelmäßig an meinen Vorsorgetermin erinnert werden, per

E-Mail SMS

Mit einer Terminbestätigung bin ich einverstanden (in der Regel zwei Tage vorher)?

nein ja

Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab.

Ansonsten behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzinformation

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über die Datenschnittstellen unserer Praxis informieren und erbitten Ihre Einwilligung zur Nutzung durch Ihre Unterschrift.

Information zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzverordnung

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert. Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiter sind zum Datenschutz verpflichtet und unterzeichnen regelmäßig eine Schweigepflichterklärung. Unsere Ärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten

- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an beziehungsweise übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil Sie von uns beziehungsweise den Kollegen benötigt werden. Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen und Kliniken handeln. Bei den Patientendaten kann es sich z.B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder handeln.
- Von den in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Behandlungs- und Patientendaten werden von uns zu Abrechnungs- und Abstimmungszwecken ausschließlich behandlungsnotwendige Daten an folgende Stellen übermittelt:
 - gesetzliche Krankenversicherungen
Kassenzahnärztliche Vereinigung (nur gesetzlich versicherte Patienten)
zahntechnische Labore
- Folgende Stellen haben Einsicht in Rechnungsdaten und Beträge (keine medizinischen Inhalte):
 - Steuerberater
- Im EDV-Wartungsfall könnten unter besonderen Umständen folgende Firmen Einblick in Ihre elektronische Kartei erhalten:
 - Pro IT-Technik | Dampsoft (Zahnarztsoftware)
- Eventuelle Verschwiegenheitsverpflichtungen gemäß §203 StGB der o. g. Stellen liegen vor und können in der Praxis eingesehen werden.

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführte Datenverwendung der Praxis ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Versicherten