



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihr Dental Team Humboldtstraße MVZ GmbH

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb./Ort

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon / mail

dienstl./tagsüber privat

mobil e-Mail

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse /Versicherung:

 Freiwillig / Beihilfe priv. Zusatzversicherung Basis-/Standarttarif **Sachkostenliste (Laborkosten)**

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? _____

Welche Wünsche oder Beschwerden führen Sie zu uns? _____

Wie möchten Sie die Terminbestätigung erhalten? Per Mail / SMS

Wichtige Hinweise! Bitte lesen!

Mundhygieneprogramm:

Alle unsere Patienten durchlaufen ein systematisches Prophylaxe-Programm. Es ist sehr wichtig, dass Sie auch nach abgeschlossenen Zahnbehandlungen regelmäßig zu den Prophylaxe-Terminen erscheinen.

Gerne erinnern wir Sie regelmäßig an diese Termine. Mit Ihrer Unterschrift auf der **Datenschutzerklärung** bestätigen Sie, dass wir Sie zu diesem Zweck kontaktieren dürfen.

Fotodokumentation:

Die meisten Behandlungen werden von uns aus Gründen der Qualitätssicherung fotografisch dokumentiert. Mit ihrer Unterschrift auf der **Datenschutzerklärung** erklären Sie, dass Sie mit der Verwendung der Bilder für **interne** Zwecke (z.B. Behandlungsplanung, Kommunikation mit dem Labor) einverstanden sind.

Bestellpraxis:

Die bei uns vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie freigehalten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher per Telefon, mail oder Fax abzusagen, sollten Sie verhindert sein.

Bei unentschuldigtem Fehlen und/oder nicht rechtzeitiger Absage ist die Praxis zur Berechnung einer Ausfallgebühr in Höhe eines durchschnittlichen Behandlungshonorars (mindestens 100 Euro je 30 Minuten) berechtigt.

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden? nein ja

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? nein ja

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse oder Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? **Bisphosphonate** ? (z.B. Tumorerkrankung, Osteoporosetherapie) **gerinnungshemmende Medikamente?** (ASS, Marcumar...)

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass? nein ja
 Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit?

Herzerkrankung: Herzschwäche (Insuffizienz)? nein ja
 Herzasthma, Angina pectoris? nein ja
 Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? nein ja
 Zustand nach Herzinfarkt? Wenn ja, Wann? _____ nein ja
 Sonstiges _____

Kreislaufferkrankung: zu hoher Blutdruck? nein ja
 zu niedriger Blutdruck? nein ja

Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes)? nein ja
 Magen-Darmerkrankungen? nein ja
 Schilddrüsenerkrankung? nein ja

Erkrankung des Nervensystems: Epilepsie? nein ja
 Krämpfe? nein ja

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)? nein ja
 Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)? nein ja
 Tuberkulose? nein ja
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc. nein ja
 Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? nein ja
 Wenn ja mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges: Anfallsleiden, Schlaganfall? nein ja
 grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)? nein ja
 künstliche Gelenke? nein ja
 Sonstige Erkrankungen?

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? nein ja
 Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? nein ja
 Rauchen Sie, wenn ja, ca. wie viele Zigaretten/Tag _____ nein ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? nein ja
 Wann? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welcher Woche? _____ nein ja

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient

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

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei Patientendaten ergibt sich die Erlaubnis zur Datenerfassung aus dem Behandlungsvertrag bzw. aus den verschiedenen gesetzlichen Verpflichtungen u.a. zur Dokumentation und Abrechnung. Daher benötigen wir für die Verwendung dieser Daten keine ausdrückliche Einwilligung Ihrerseits.

Zweck der Datenverarbeitung:

1. Unser Recall-System

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch und die Zahnprophylaxe? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

2. Unser Informationssystem

Damit Sie bestens über unsere Zahnarztpraxis informiert sind, möchten wir Ihnen unsere Leistungen in Form von Informationsmaterial (z.B. Flyer per Post oder E-Mail/Newsletter) zur Verfügung stellen. Hierzu würden wir Sie gerne zu bestimmten Themen wie z.B. zahnfreundlichen Ernährung, Mundhygiene, Fluoridversorgung und Risikominderung für Karies und Parodontitis, informieren.

Kategorien der Daten: Persönliche Daten, Gesundheitsdaten

Patient/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Email Adresse:	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin bereit, an Ihrem Informationssystem teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Die Speicherung der Daten erfolgt auf unserem Praxisserver. 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).

Ich bestätige, dass mir die **Patienteninformation** (Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO) vorgelegt wurde bzw. jederzeit zur Einsicht in der Praxis vorliegt.

Ort

Datum

Unterschrift Patient