

Lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben sind zur Durchführung der Behandlung und Abrechnung notwendig.** Bei den mit einem * markierten Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben.

Name Patient

Vorname Patient

Geburtstag

Name und Vorname der/des Versicherten - ggf. Rechnungsanschrift (falls abweichend) oder Name und Telefonnummer des Betreuers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon privat*

Telefon mobil*

Email*

Beruf*

Arbeitgeber*

Telefon dienstlich*

gesetzlich versichert Zusatzversicherung* privat versichert nicht versichert*

Name der Krankenkasse | Versicherung

Gesundheitszustand

Bitte beantworten

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation | Herzpass Ja Nein

wenn Ja, wann war die Herzoperation?

Herzschrittmacher Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

weitere Infektionserkrankungen:

Unverträglichkeiten | Allergien:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

weitere Unverträglichkeiten | Allergien:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein

täglicher Alkoholkonsum Ja Nein

Raucher Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Monat | Entbindungstermin:

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Gesundheitszustand

Bitte beantworten

Weitere Erkrankungen:

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Arthrose Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Depressionen Ja Nein

Tumor- / Krebserkrankung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

künstliche Gelenke (z.B. Hüfte) Ja Nein

wenn Ja, welche:

weitere Erkrankungen:

Regelmäßige Medikamente:

Blutverdünner (z.B. ASS, Xarelto) Ja Nein

Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure) Ja Nein

Bluthochdruck (Beta-Blocker) Ja Nein

weitere Medikamente:

- Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad (Pflegestufe) vor?* Ja Nein Bitte legen Sie uns einen aktuellen, schriftlichen Nachweis vor. So erhalten Sie kostenfrei entsprechende Zusatzleistungen (z. B. Entfernung harter Zahnbeläge 2x im Jahr, individuelle Zahnreinigung und Mundgesundheitsstatus etc.)
- Wenn Ja, welcher Pflegegrad liegt bei Ihnen vor (1-5)?* 1 2 3 4 5
- Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 53? * Ja Nein
- Haben Sie ein Bonusheft? * Ja Nein Bitte legen Sie Ihr Bonusheft bei jedem Besuch vor. Es ist bei einer vorgesehenen prothetischen Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Nur so kann der Anspruch auf einen Bonus geltend gemacht werden.
- Ich wünsche einen 'Recall' * Ja Nein 'Recall' bedeutet, dass Sie in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung oder die Professionelle Zahnreinigung (PZR) per Post erinnert werden.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

- Internet Praxisbroschüre Empfehlung:
- Telefonbuch Praxisschild Sonstiges:

Allgemeine Informationen & Informationen im Rahmen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

- Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Hierzu zählen Erkrankungen, Medikamente aber auch persönliche Daten wie Anschrift oder der Wechsel der Krankenkasse und Änderung des Versicherungsschutzes.
- Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. **mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen**. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden können.
- Patienten der gesetzlichen Krankenkasse bitten wir, die **Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch der Praxis mitzuführen**. Liegt sie uns eine Woche nach der Behandlung nicht vor, so erhalten Sie von uns eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.
- Bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die der Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, wird ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt.
- Zum Zwecke der Kommunikation werden Daten, optional an Sie persönlich, an die gesetzlichen Krankenkassen und an die zur Behandlung notwendigen Ärzte, Zahnärzte und Physiotherapeuten über das Telefon, per Post, auf Digitalen Datenträgern, per Fax und via Email weitergegeben oder auf Wunsch angefordert.
- Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass meine Daten mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeglichen und Bearbeitungsstände von Heil-und Kostenplänen erfragt werden dürfen.
- **Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.** Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Recht auf Berichtigung

Der Anspruch auf Berichtigung kann sich nur auf objektive Tatsachen beziehen, bspw. Namen, Geburtsdatum, Medikationsplan oder Zahnstatus. Diagnose, Befunde und sonstige durch Untersuchungen festgehaltene medizinische Beurteilungen über den Patienten sind einem Berichtigungsanspruch des Patienten nicht zugänglich und können von diesem auch nicht verlangt werden. Soweit Berichtigungen vorgenommen werden sind diese den Vorgaben des § 630f Abs. 1 BGB entsprechend vorzunehmen. Dies bedeutet, es muss der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleiben, sowie wann die Ergänzung oder Berichtigung vorgenommen wurde.

Recht auf Auskunft & Löschung

Eine Löschung von Patientendaten, die aus Anlass eines Behandlungsverhältnisses erhoben und verarbeitet worden sind, kommt nur in den Grenzen des § 630f Abs. 4 BGB in Betracht (nach Ablauf der 10-jährigen gesetzlichen Aufbewahrungspflicht). Dies ergibt sich aus Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO. Der Patient kann somit frühestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten die Löschung seiner Daten verlangen. Sie haben das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten sowie die Löschung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften. Ferner haben Sie das Recht, die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch vorsorglich darauf hin, dass dann eine Behandlung nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information gelesen und verstanden habe.

Datum / Unterschrift

