

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, Vorname der/des Versicherten mit Geburtsdatum - ggf. Rechnungsanschrift (falls abweichend) oder Name und Telefonnummer des Betreuers		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon privat*	Telefon mobil*	Email*
Beruf*	Arbeitgeber*	Telefon dienstlich*
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung* <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert*		

Name der Krankenkasse | Versicherung

Gesundheitszustand	Bitte beantworten
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation Herzpass	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn Ja, wann war die Herzoperation?	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	
Infektionserkrankungen:	
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
weitere Infektionserkrankungen:	
Unverträglichkeiten Allergien:	
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
weitere Unverträglichkeiten Allergien:	
Allgemeine Angaben:	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
täglicher Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, in welchem Monat Entbindungstermin:	
Stillen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitszustand	Bitte beantworten
Weitere Erkrankungen:	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arthrose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumor- / Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
künstliche Gelenke (z.B. Hüfte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn Ja, welche:	
weitere Erkrankungen:	
Regelmäßige Medikamente:	
Blutverdünner (z.B. ASS, Xarelto)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bisphosphonate (z.B. Alendronsäure)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck (Beta-Blocker)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
weitere Medikamente:	

Bitte wenden →

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad (Pflegestufe) vor?*

Ja Nein

Wenn Ja, welcher Pflegegrad liegt bei Ihnen vor (1-5)?*

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.)

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 oder Email erinnert werden.

Wenn Ja, per Post oder Email?

Post Email

Email: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

Internet

Praxisschild

Empfehlung:

Telefonbuch

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 Auskunftei 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 bedeutete, 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

