



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

eMail Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert für Zahnbehandlungen

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon





PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND SO GENAU WIE MÖGLICH:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzoperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere Herzerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
INFEKTIONSERKRANKUNGEN:		
HIV	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN:		
Lokalanästhetika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Antibiotika	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____
WEITERE ERKRANKUNGEN:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Lungenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Diabetes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
andere:		_____



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND SO GENAU WIE MÖGLICH:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
ALLGEMEINE ANGABEN:		
Nehmen Sie das Medikament Bisphosphonat	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Haben Sie ein künstliches Gelenk (Knie, Hüfte)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Raucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, <input type="radio"/> 0-10 <input type="radio"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name: _____
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile: _____
Schwangerschaft	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).

Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt.

Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



PATIENTEN-FRAGEBOGEN
(bitte vollständig ausfüllen)

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Datum	Unterschrift
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____
<input type="radio"/> Keine Änderung <input type="radio"/> Änderung Zusatzinformation:	_____	_____





ERINNERUNGSSERVICE

Liebe Patienten!

Für die Versicherten in allen gesetzlichen Krankenkassen hat der Gesetzgeber regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bestimmt und damit der Tatsache Rechnung getragen, dass sich der Gebisszustand auch in kürzeren Abständen erheblich verändern kann.

Außerdem sinkt die Bezuschussung der Krankenkasse für möglicherweise erforderlichen Zahnersatz, wenn der Patient keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen kann.

Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe. Deshalb sollte bei Jugendlichen einmal im Kalenderhalbjahr eine Vorsorgeuntersuchung gemacht werden.

Wir bieten Ihnen unseren RECALL-SERVICE an!

Das heißt, wir erinnern Sie regelmäßig alle 6 Monate bzw. 1 x im Jahr schriftlich an eine Vorsorgeuntersuchung.

Ich halte Ihren Vorschlag für sinnvoll und möchte gerne regelmäßig

_____ 1 x jährlich

_____ halbjährlich

an meinen RECALL-Termin erinnert werden.

Name, Vorname (Patient)

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN
GEMÄSS ARTIKEL 6 ABSATZ 1 LIT. A & ARTIKEL 7 DS-GVO

Ich willige in die Verarbeitung

- **meiner personenbezogenen Daten**
- **der personenbezogenen Daten des von mir vertretenen Patienten**

zum Zweck der Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall) für die vorgenannten Recall-Bereiche ein. Eine Verarbeitung meiner Daten über den genannten Zweck hinaus wird ausdrücklich nicht stattfinden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Hierzu reicht es aus, dass ich meinen Widerruf der Praxis beispielsweise per E-Mail mitteile. 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 S. 2 DS-GVO).

Ort, Datum

Name, Vorname (Patient)

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)