



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

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

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil) Telefon (geschäftlich)

eMail Adresse

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Privat versichert
- Gesetzlich versichert
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert für Zahnbehandlungen

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 | |
| Herzschrittmacher / Defibrillator | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| andere Herzerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | welche: _____ |

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 / 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 | welche: _____ |
| 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 Kopf / Kiefer (max. 1 Jahr)	<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?

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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.

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.

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. Somit bitten wir Sie, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z.B. andere Ärzte, Versicherungen, unsere Abrechnungsfirma...) weitergeben, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie hier mit einer Unterschrift eingewilligt haben.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



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 Kindern und Jugendlichen einmal im Kalenderhalbjahr eine Vorsorgeuntersuchung gemacht werden.

Ich halte Ihren Vorschlag für sinnvoll und möchte gerne regelmäßig

_____ 1 x jährlich _____ halbjährlich

an meinen RECALL-Termin erinnert werden.

TERMINERINNERUNGSSERVICE

Liebe Patienten!

Wir erinnern Sie gerne per E-Mail an Ihren Termin die schon längerfristig im Voraus ausgemacht wurden.

Sofern Sie einverstanden sind, benötigen wir Ihre E-Mail Adresse unter der wir Sie erreichen.

E-Mail: _____



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) und zum Terminerinnerungsservice 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).

Datum

Unterschrift

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)