

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns um Ihre Zähne kümmern können, benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen. Diese Informationen helfen uns Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse einzugehen. Wie versichern Ihnen alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich unter Einhaltung aller gültigen Datenschutzverordnungen behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

<hr/>		<hr/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum		
<hr/>		<hr/>	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort		
<hr/>		<hr/>	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail	
<hr/>			
Hausarzt / Facharzt (Name, Ort)			

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Hauptversicherter?

<hr/>		<hr/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum		
<hr/>		<hr/>	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Telefon (privat)	

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich Privat Welche Versicherung?

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Nein Ja Welche Tarif?

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Endokarditis Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzfehler / künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |

Orthopäd. Implantat/Endoprothetik? Wenn ja, wo?

Allergien, z.B. Antibiotika? Wenn ja, welche?

Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatis A B C Tuberkulose HIV • AIDS Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)



Nehmen Sie Medikamente ein? (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (Name) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel, wenn ja welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente? | _____ |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung (Spritzen) aufgetreten?

- Wenn ja, gegen welche? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Mundgeruch? |
| <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? |
| <input type="checkbox"/> Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? |
| <input type="checkbox"/> Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? | |

Sind Sie an regelmäßiger Individualprophylaxe (Vorsorge) interessiert? ja nein

SONSTIGE ANGABEN (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft? | Wenn ja, welche Woche, Monat? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie? | |

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? * Empfehlung Google Jameda Sonstiges

(* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir **nur** praxisintern eine Statistik)

Möchten Sie an die Routineuntersuchung erinnert werden (Recall)? nein ja per mail per Brief

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? nein ja per mail per SMS

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Hinweis zur Organisation: Um Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir die Ausfallkosten für nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden zuvor, oder aus triftigem Grunde, abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit bzw. die Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7Abs. 1 lit.A DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis für den Zweck eines zahnärztlichen Behandlungsvertrags, des Recall-Services bzw. der Terminerinnerung (sofern gewünscht), der Abrechnung und Kommunikation mit dem Kostenträger sowie dem zahntechnischen Labor und mit mir gemäß ausliegender Datenschutzerklärung zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (info@zahnarzt-weiden.koeln) 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).

Ort, Datum

Unterschrift