

Erfassung Patientendaten / Gesundheitsdaten

Ihre persönlichen Daten

Patient/in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sorgeberechtigte/r

Minderjährige / betreute Personen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Kontaktdaten

Straße | Hausnummer _____ PLZ | Wohnort _____

Festnetz Telefonnummer _____ Mobiltelefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Gesetzliche Krankenversicherung

Bezeichnung _____ ja nein

Private Zusatzversicherung? (*) ja nein

Private Krankenversicherung

Bezeichnung _____ ja nein ja nein

beihilfeberechtigt? Senioren-Basistarif? ja nein

Arbeitgeber/in (*)

Name / Firmenbezeichnung _____ Beruf _____ Telefon dienstlich _____

(*) Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen.

Welche Erkrankungen müssen wir bei Ihnen berücksichtigen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein
 Niedriger Blutdruck Ja Nein
 Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
 Endokarditis Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Weitere?

Weitere Erkrankungen:

Asthma Ja Nein
 Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 Schlaganfall Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
 Weitere?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein
 Entbindungstermin:

Wer ist Ihr Hausarzt? Name / Telefonnummer:

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 Coronavirus SARS-CoV-2 Ja Nein
 Weitere?

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
 Schmerzmittel Ja Nein
 Antibiotika / Penicillin Ja Nein
 Weitere?

Regelmäßige Medikamente

Blutverdünner Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Bisphosphonate Ja Nein
 Weitere Medikamente?

Rauchen Sie? Ja Nein
 Wieviel Zigaretten täglich?

Drogenkonsum? Ja Nein

Erfassung Patientendaten / Gesundheitsdaten

Wichtige Informationen für unsere zahnärztliche Behandlung

Sind Sie in den letzten 2 Jahren zahnärztlich geröntgt worden? Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (*)

- Internet
 Persönliche Empfehlung durch:
 Sonstiges:

Tragen Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, wie alt ist dieser?

Haben Sie regelmäßig 1x im Jahr die zahnärztliche Untersuchung für Ihr Bonusheft durchführen lassen?

- seit 10 Jahre seit 5 Jahren nein

Erinnerungsservice

- Ja Nein Als Service für unsere Patienten bieten wir einen regelmäßigen Erinnerungsdienst (Recall) für Ihre Vorsorgeuntersuchung (Stichwort Bonusheft) an. Bitte markieren Sie, ob Sie daran teilnehmen möchten.
- per E-Mail
 per Brief Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die Zustimmung zur Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zur Teilnahme am Recall jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 und Art. 7 Abs. 3 Satz 2, DSGVO).

Kommunikation

- Telefon
 SMS
 E-Mail Welche der von Ihnen unter „Ihre persönlichen Daten“ genannten Angaben dürfen wir nutzen, um Sie bei Fragen, Terminerinnerungen sowie Informationen zu kontaktieren?

Datenweitergabe an Mit- und Weiterbehandler

- Ja Nein Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Mit- / bzw. Weiterbehandlung an die entsprechenden Ärzte und sonstige Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Ich erkläre mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden (§ 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG). Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis zum Datenschutz

Wir verweisen auf unsere Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten, diese sind in der Praxis einsehbar und werden bei Bedarf gerne als Patienteninformation ausgehändigt.

Hinweis zu unserem Praxisablauf

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie einen reservierten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen. Andernfalls behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die Ausfallzeit gemäß BGB / ZPO in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht für unverschuldete kurzfristige Terminabsagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der genannten Hinweise.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter