

1.

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Patient:	_____	_____	_____
Adresse:	_____		
Telefon:	_____	Handy:	_____
E-Mail:	_____		
Beruf:	_____		
Krankenkasse:	_____		
		<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert – nicht im Basistarif <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Basistarif	

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter:	_____	_____	_____
Adresse:	_____		

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter
-------	-------------------------------------

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so gut wie möglich:

Hausarzt: _____
(Name, Adresse, Telefon)

Gesundheitszustand:	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck	() Ja () Nein	
Niedriger Blutdruck	() Ja () Nein	
Herzkrankung	() Ja () Nein	
Infektionserkrankungen:		
HIV	() Ja () Nein	
Hepatitis	() Ja () Nein	
Tuberkulose	() Ja () Nein	
Allergien:		
Wenn ja, welche?	() Ja () Nein	
Besitzen Sie einen Allergiepass?	() Ja () Nein	

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
 Marcumar / Gerinnungshemmer Ja Nein
 Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankung Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein

Sonstiges:

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein Wenn ja, wie viele an einem Tag? _____

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Grund Ihres Besuches:

Kontrolluntersuchung Ja Nein
 Beschwerden Ja Nein

Sonstiges:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch Lage der Praxis Internet
 Gelbe Seiten auf Empfehlung von: _____

Möchten Sie sich für unseren **Recall-Service** eintragen lassen? Ja Nein

Wenn ja, per: Telefon Brief E-Mail

Recall-Intervall ½ - jährlich jährlich

Wichtige Informationen!!

Wir weisen darauf hin, dass Termine spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen.
 Sollte dies nicht eingehalten werden, können Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt werden.
 Für Termine von bis zu 30 Minuten Länge: 50 Euro
 Für Termine ab 30 Minuten Länge: 80 Euro

Ich verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

 Datum



 Unterschrift Patient (Erziehungsberechtigter)



Patienteninformation zur Datenschutzverarbeitung in unserer Praxis

Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand sowie zur durchgeführten Therapie. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren.

Die Datenverarbeitung dient zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsvertrages, der Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVB), der Abrechnungsfirma (PVS) und unserem Recallsystem.

Die Empfänger der Daten sind verschiedene Krankenkassen, oralchirurgische-, kieferorthopädische-, und kieferchirurgische Praxen, zahntechnische Laboratorien, Abrechnungsfirma und Steuerkanzleien.

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630 f Abs. 3BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert, oft auch noch darüber hinaus.

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO.

Ihre Rechte als von Datenverarbeitung Betroffener:

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15 bis 22 DSGVO zu:

- Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde: Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.g. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Die oben genannten Datenschutzinformationen habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

Datum, Ort



Unterschrift

Name in Druckbuchstaben