

Welcome to our dental practice!

Dear Patient,

for a risk-free treatment, the conscientious answering of some questions about your general state of health is of particular importance. All information is subject to medical confidentiality. Thank you for your cooperation!

	Last name	First name	Date of birth
Patient:	_____	_____	_____
Address:	_____		
Phone:	_____	Mobile:	_____
E-Mail:	_____		
Occupation:	_____		
Health insurance:	_____	<input type="checkbox"/> statutory insurance <input type="checkbox"/> private insurance – not in basic tariff <input type="checkbox"/> private insurance – basic tariff	

If the patient and insured person are not identical, please complete the following information:

	Last name	First name	Date of birth
Insured:	_____	_____	_____
Address:	_____		

Declaration of consent when treating minors:

Date	Signature of legal guardian
------	-----------------------------

Please answer the following questions about your health as best you can:

Family doctor: _____
 (Name, Address, Phone)

Health status:

	Please tick where applicable	Additional information
Cardiovascular disease:		
High blood pressure	() Yes () No	
Low blood pressure	() Yes () No	
Heart disease	() Yes () No	
Infectious diseases:		
HIV	() Yes () No	
Hepatitis	() Yes () No	
Tuberculosis	() Yes () No	
Allergies:		
If yes, which?	() Yes () No	
Do you have an allergy passport?	() Yes () No	

Other diseases:

- Blood coagulation disorders Yes No
- Marcumar / Anticoagulants Yes No
- Asthma Yes No
- Lung disease Yes No
- Thyroid disease Yes No
- Rheumatism Yes No
- Epilepsy Yes No
- Diabetes Yes No
- Renal dysfunction Yes No
- Fainting tendency Yes No

Other:

Do you take medication regularly? Yes No
If yes, which?

Do you smoke? Yes No If yes, how much per day? _____

For our female patients:

Are you pregnant? Yes No If yes, in which month? _____

Reason for your visit:

- Control examination Yes No
- Complaints Yes No

Other:

How did you become aware of our practice?

- Phone book Yellow pages Internet
- Location of the practice on the recommendation of: _____

Would you like to sign up for our **recall service**? Yes No

If yes, by: Phone Letter E-Mail

Recall-Interval ½ - yearly yearly

Important information !

We would like to point out that appointments must be canceled at least 24 hours in advance.
If this is not adhered to, you may be charged for the downtime.
For appointments up to 30 minutes in length: 50 Euro
For appointments longer than 30 minutes: 80 Euro

I undertake to inform the dental practice immediately of any changes occurring during the treatment period.

I confirm with my signature that I have read and understood the printed information.

Date

Signature patient (legal guardian)

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