

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. M. Kaiser & Dr. C. Gonzior

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir führen sie in unserer Kartei mit nachfolgenden Angaben und bitten Sie, uns Änderungen in der Anamnese vor der Behandlung mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

NAME:

GEBURTSTAG:

TELEFONNUMMER:

E-MAIL:

	JA	NEIN	ERGÄNZENDE ANGABEN
Herzerkrankung			
Herzschrittmacher			
Künstliche Herzklappen			
Hoher Blutdruck			
Niedriger Blutdruck			
Ohnmachtsneigung			
Blutverdünnende Medikamente			
Bluterkrankung/Blutungsneigung			
Diabetes			
Lebererkrankung (Hepatitis, Leberzirrhose)			
Magen-/Darm-Erkrankung			
Niereninsuffizienz			
Asthma/ Lungenerkrankung			
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung			
Epilepsie			
Künstliche Gelenke (Hüfte, Knie o.ä.)			
Depressionen			
Raucher (Wie viele Zigaretten täglich)			
Bestehende Schwangerschaft (Monat)			
Allergien			
Pflegestufe (Nachweis anfügen)			

Sonstige schwere Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? (ggf. Medikationsplan in Kopie)

Hausarzt:

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

	JA	NEIN
Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen		
Starke Schmerzempfindlichkeit		
Ausgeprägter Würgereiz		
Zahnzusatzversicherung vorhanden		

Beratungswunsch

	JA	NEIN
Professionelle Zahnreinigung		
Zahnfarbene Füllungen		
Amalgamsanierung		

Termine, die nicht eingehalten werden können sollten spätestens 24h vorher abgesagt werden, da durch Ihr Fernbleiben entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen ihre Kranken-Versichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und sie erhalten eine Privatrechnung.

Datum:

Unterschrift:

Kenntnisnahme Zahnarzt:

Datenschutzerklärung

NAME:

GEBURTSTAG:

TELEFONNUMMER:

E-MAIL:

ADRESSE:

Im Rahmen ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- der Einsichtnahme meiner Gesundheitsdaten durch alle Praxismitarbeiter
- zur Übermittlung an das jeweilige Dentallabor (zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen, etc.) und auf Verlangen an mögliche Gutachter
- zur Übermittlung an andere Ärzte (konsiliarische Behandlung)
- bei Bedarf an juristische Personen
- an Betreuer (falls eingesetzt)
- einer erforderlichen EDV-Wartung
- zu Abrechnungszwecken an vorgeschriebene Abrechnungsstellen (KZV, KK)

durch die Praxis zu.

Patientendaten werden gemäß den Vorgaben des Patientenrechtsgesetzes frühestens 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses gelöscht.

Abrechnungsdaten zu den Behandlungsverhältnissen werden gemäß den Vorgaben der Abgabenordnung frühestens 10 Jahre nach Rechnungsstellung gelöscht.

Bitte wählen Sie, ob und wenn ja, wie sie in das Recall-System (Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch) eingebunden werden wollen:

- Brief
- Telefon
- E-Mail
- kein Erinnerungsservice

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich 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 Patient