

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Am Königshof!

Dieser Fragebogen hilft uns, die Behandlung optimal auf Sie auszurichten und Zeit für unser persönliches Gespräch zu gewinnen. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.



Zahnarztpraxis
Am Königshof

ANSGAR STEGEMANN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Hausnummer		PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Handynummer	E-Mail-Adresse
Krankenkasse/ -versicherung <input type="radio"/> gesetzlich versichert <input type="radio"/> privat versichert <input type="radio"/> zusatzversichert			
Name des Hauptversicherten		Vorname des Hauptversicherten	Geburtsdatum des Hauptversicherten
Adresse des Hauptversicherten			
Beruf	Arbeitgeber	Hausarzt	

Einige Medikamente können sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen. Eventuelle Vorerkrankungen können sich auch auf Ihre Mundgesundheit auswirken. Daher benötigen wir folgende Informationen, um Ihre eventuell notwendige Therapie planen zu können.

**Leiden oder litten Sie an
Erkrankungen der/des ...?**

- Herzens oder Kreislaufs Ja Nein
Leber Ja Nein
Nieren Ja Nein
Schilddrüse Ja Nein
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie ... ?

- hohen/niedrigen Blutdruck... Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Grünen Star Ja Nein
Zahnfleischbluten Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
Tuberkulose Ja Nein
Röteln, Masern, Mumps,
Scharlach; wenn ja, welche? Ja Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein
Multiresistente Keime (MRSA) Ja Nein
Sind Sie schon einmal beim
Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein
Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
Wurde ein HIV-Test
durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: positiv negativ

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol, Zigaretten oder Drogen?

- Ja Nein Wenn ja, was und wie oft? _____

Wieviel wiegen Sie? _____ kg

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

- Ja Nein _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

- Ja Nein _____

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

- Ja Nein _____

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

- Ja Nein _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

- Ja Nein _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- blutverdünnende Medikamente (Marcumar®, ASS, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, ...)?

- Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen (z. B. Osteoporose) oder gegen Knochenmetastasen (sog. Bisphosphonate oder Denosumab). Oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?

Wenn ja, wann / welche? _____ / _____

- oral Infusion

- andere Medikamente (bitte ggf. eine Medikamentenliste nachreichen):

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Internetseite: _____
 Sonstiges, und zwar: _____

Sind Sie an bestimmten Behandlungen interessiert? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Wichtige Informationen

- Bitte beachten Sie bei Ihrer zukünftigen Terminplanung, dass Medikamente – insbesondere Injektionen zur lokalen Betäubung – Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden beeinträchtigen können.
- Für die Behandlung von Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten nötig (Ausnahme: akute Schmerzbehandlung).
- Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung (mind. 24 Std. vorher), damit wir diese Zeit noch für andere Patienten vergeben können. Andernfalls erlauben wir uns, für unentschuldigte und vergessene Termine eine Verweilgebühr zu berechnen.
- Sollte sich eine Änderung Ihrer Kontaktdaten ergeben, bitten wir Sie, uns dies umgehend mitzuteilen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die zuvor genannten Hinweise gelesen und verstanden habe.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten bzw. der personenbezogenen Daten meines Kindes unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO) ein.

Die Einsicht in die Patienteninformation zur Datenschutzerklärung nach DSGVO wurde mir ermöglicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail 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 _____

Einwilligungserklärung für unser praxisinternes Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem SMS-Erinnerungsservice für den nächsten anstehenden wie auch für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren und umseitig Ihre Mobilfunknummer einzutragen. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Hiermit willige ich ein, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail 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 _____

Einwilligungserklärung in den E-Mail-Versand von Röntgenbildern

Liebe Patientin, lieber Patient,

sollten Sie im Sinne der Strahlenreduktion sowie der vereinfachten Kommunikation mit ärztlichen Kollegen im Rahmen Ihrer Behandlung damit einverstanden sein, dass wir im gegebenen Falle (z. B. auch nach einer durch Sie bei einem ärztlichen Kollegen eingeleiteten Anfrage nach Röntgenbildern bei uns) von uns angefertigte Röntgenbilder an einen ärztlichen Kollegen verschlüsselt und anonymisiert per E-Mail weiterleiten dürfen, dann bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

Hiermit willige ich in den E-Mail-Versand meiner verschlüsselten und anonymisierten Röntgenbilder an ärztliche Kollegen im Rahmen meiner Behandlung ein. Dafür stimme ich der Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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 _____