



Liebe Patientinnen und Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Falls Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank!

ALLGEMEINE ANGABEN

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Versicherte/r

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße/Haus-Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung privat
 beihilfeberechtigt

Krankenversicherung gesetzlich

JA NEIN

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

Wenn JA, welche? _____

Kommunikation

Telefon privat: _____

Telefon dienstl.: _____

E-Mail: _____

NOTFALLKONTAKT

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

HINWEISE

Datenschutz

Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des geänderten Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sind wir gesetzlich verpflichtet, in bestimmten Fällen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung einzuholen und Sie über die Datenspeicherung zu informieren.

Ihre Einwilligung ist hierbei freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen werden. » siehe Seite 3 und 4

Im Falle des Widerrufs oder Nichterteilung der Einwilligung können die angebotenen Leistungen nicht erbracht werden.

Terminabsagen

Wir möchten die Wartezeiten für unsere Patienten so kurz wie möglich halten. Aus diesem Grund bitten wir Sie, Terminabsagen mindestens 48h vorher mitzuteilen. Wir behalten uns vor, bei nicht abgesagten Terminen eine Ausfallgebühr zu berechnen.

DIGITALER SERVICE

JA NEIN

Ich möchte eine Terminbestätigung per E-Mail

Ich möchte am Recall-System* teilzunehmen, um Vorsorgetermine nicht zu verpassen.

» RECALL per E-Mail per Telefon

Ich möchte weitere nützliche Informationen wie etwa Veränderungen in den Öffnungszeiten oder der Praxisorganisation per E-Mail erhalten

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung Internet Im Vorbeigehen

Sonstiges: _____

BITTE WENDEN »



Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie deshalb nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren Allergiepass zu Ihrem ersten Termin mit. Sollte es vor zukünftigen Behandlungen in unserer Praxis Veränderungen zu einer der Fragen geben, informieren Sie uns bitte. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

	JA	NEIN
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, weshalb? _____		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, wievielter Monat? _____		
HABEN SIE EINE ODER MEHRERE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN? (Bitte zutreffendes unterstreichen oder ergänzen)		
Erkrankungen des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmien, Angina pectoris, Endokarditis, Herzfehler, Insuffizienz, Infarkt, Schrittmacher etc.		
Blut- und Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie), Blutdruckabweichungen, Blutungsneigung, Gerinnungsstörungen, Gehirnschlag, Nachblutungen etc.		
Internistische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, Lunge, Leber, Schilddrüse, Magen-Darm, Niere etc.		
Anfallsleiden / Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen, Epilepsie, Migräne, Parkinson, Schlafstörungen etc.		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes, Hepatitis, Tbc, HIV (Aids), Geschlechtskrankheiten, MRSA (Krankenhauskeim) etc.		
Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrosen, Rheuma, Morbus Bechterew, Halswirbelsäule, Wirbelsäule etc.		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonate, Krebs, Chemotherapy, Unfall etc.		
ANGABEN ZU ALLERGIEN		
Heuschnupfen/Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Antibiotikaallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
Metallallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		
sonstige Stoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____		

ANGABEN ZU MEDIKAMENTEN

	JA	NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Blutverdünner) z. B. Heparin, Aspirin/ASS, Marcumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sonstige Medikamente? Wenn JA, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

	JA	NEIN
Rauchen Sie? Wenn JA, wieviel? _____ Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter erhöhtem Würgereiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen o. pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an regelm. Kopf-, Gesichts- oder Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen in der Vergangenheit eine der folgend aufgeführten zahnmedizinischen Behandlungen durchgeführt worden?		
Kieferorthopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenk-, Funktionstherapie, oder Schienenbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder vom Ihrem Zahn- oder Kieferbereich gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls bei Ihnen Zahnersatz (Inlay, Krone, Brücke, Implantat, Prothese) vorhanden ist, wie alt ist dieser in etwa? _____ Jahre		

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

Berlin, den _____ **X** _____
Datum Unterschrift

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt (nach § 203 StGb).



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir verpflichten uns, mit Ihren persönlichen Daten sorgsam umzugehen. Die Daten, die Sie uns im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung anvertrauen, werden von uns nur genutzt, um Ihnen die bestmögliche (zahn)medizinisch notwendige Behandlung zu ermöglichen. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfassen wir in unserer Praxis personenbezogene Daten und speichern diese. Dabei wird in unseren EDV-Systemen u. a. Ihr Name, Ihre Anschrift, das Geburtsdatum und notwendige Informationen zum Zahnstatus und der geplanten bzw. erfolgten Behandlung aufgenommen (personenbezogene Daten).

Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1 b Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und Art. 9 Abs. 2 h EU-DSGVO notwendig und zulässig. Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten z. B. an Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten z. B. im Rahmen der Patientenrechte, der Röntgenverordnung oder vor dem Hintergrund von möglichen Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen nicht mehr bestehen.

Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung und Datenweitergabe einschränken.

Sollten Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, oder vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an. Auch steht Ihnen die Beschwerde beim Landesbeauftragten für Datenschutz in Berlin offen:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Friedrichstr. 219
10969 Berlin

Ihre Praxis MUNDPROPAGANDA,
Hannes Julian Schulte Ostermann

HINWEIS

Ein Merkblatt zur Datenverarbeitung mit häufig gestellten Fragen und rechtlichen Grundlagen erhalten Sie am Empfang.

Haben Sie weitere Fragen? Sprechen Sie uns an!

BITTE WENDEN »

INFORMATIONEN ZUR TERMINVERGABE



Unsere Praxis verfügt über ein effizientes Terminmanagement. Termine die wir mit Ihnen planen, sind ausschließlich für Ihre Behandlung vergeben und werden für Sie freigehalten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen Termin wahrzunehmen, so bitten wir Sie, uns dies möglichst 48 Stunden vorher mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen erforderlich ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. möglichst zwei Tage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Name: _____

Vorname: _____

Berlin, den _____ **X** _____
Datum Unterschrift des Patienten
(bzw. gesetzl. Vertreter)

EINWILLIGUNG - DATENAUSTAUSCH MIT ÜBERWEISENDEN (ZAHN)ÄRZTEN, VORBEHANDLERN UND FOLGEBEHANDLERN



Um die medizinisch notwendige Behandlung sicherzustellen, kann es erforderlich sein, dass wir die für die Behandlung notwendigen Gesundheitsdaten von Ihrem vorbehandelnden oder überweisenden Zahnarzt, Ihrem Hausarzt oder von einem anderen Arzt, bei dem Sie sich in Behandlung befinden, anfordern oder an diesen übersenden müssen. **Diese Personenkreise unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.**

Ich willige bis zu meinem Widerruf ein, dass die oben genannte Praxis meine oben genannten Gesundheitsdaten zu dem zuvor aufgeführten Zweck an die nachfolgenden aufgeführten Vorbehandler (Zahn-)Arzt oder überweisenden (Zahn-)Arzt übermitteln bzw. von ihnen anfordern dürfen. Insoweit befreie ich die Praxis auch von der Schweigepflicht gegenüber den nachfolgenden genannten (Zahn-)Ärzten.

Name und Anschrift des überweisenden (Zahn-)Arztes, Vorbehandler, o.Ä.

Name: _____

Vorname: _____

Berlin, den _____ **X** _____
Datum Unterschrift des Patienten

EINWILLIGUNG - DATENAUSTAUSCH MIT ANDEREN FACHÄRZTEN

Ihr behandelnder Arzt/Ärztin arbeitet interdisziplinär mit anderen Fachzahnärzten zusammen. Zur umfassenden Diagnose kann es erforderlich sein, dass befundbezogene Daten im Verlauf der Behandlung an diese Fachzahnärzte übermittelt werden müssen. Dieser Personenkreis unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ich willige bis zu meinem Widerruf ein, dass der behandelnde Arzt/Ärztin die für Ihre Betreuung/Behandlung erforderlichen Informationen an die genannten Personenkreise weitergeben darf.

Name: _____

Vorname: _____

Berlin, den _____ **X** _____
Datum Unterschrift
(bzw. gesetzl. Vertreter)