

Patientenfragebogen

Name, Vorname des **Patienten**

Straße

Wohnort, PLZ

geb. am:

E-Mail

Als Familienmitglied mitversichert bei

Name, Vorname

Straße

Wohnort, PLZ

geb. am:

Telefon (privat): (dienstlich):

Mobil:

Freiwillige Angaben:

Beruf: Hausarzt:

Arbeitgeber: Anschrift:

Tel.

Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

- Zur regulären Vorsorgeuntersuchung
- Ich habe akute Beschwerden oder andere Schmerzen
- Ich bin überwiesen worden von:
- Ich wurde hierher empfohlen von:
- weiteres:

Für gesetzlich Krankenversicherte:

Sind Sie in einer privaten Zusatzversicherung versichert?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? Wenn ja, seit wann _____

ja nein

Wir setzen uns für die optimale Behandlung eines jeden unserer Patienten ein. Manche Versicherungen übernehmen die Kosten für unsere Behandlungsmethoden und –materialien nicht oder nur teilweise. Wir informieren Sie rechtzeitig und vorab über den Umfang und die Kosten der Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Versicherung übernommen werden.

Im Falle einer fehlenden Versicherungskarte (Bestätigung des Patienten bzw des gesetzlichen Vertreters)

Ich bestätige hiermit, dass ich heute ohne Vorlage meiner Krankenversicherungskarte zur Behandlung war. Ich werde die Versicherungskarte ohne weitere Aufforderung innerhalb von 10 Tagen nachreichen. Ich weiß, dass ich ohne gültige Krankenversicherungskarte als Privatpatient behandelt werde und eine Liquidation als Privatpatient erhalte.

Ort, Datum

Unterschrift:

Für privat Krankenversicherte:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja nein

Sind Sie in einem Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?

ja nein

Aufgrund der Vielfalt an Tarifen und Erstattungsmodalitäten können wir eine vollständige Übernahme Ihrer Behandlungskosten durch Ihre private Versicherung nicht garantieren. Eine Abklärung der Erstattungsleistungen ist nur durch Erstellen eines gebührenpflichtigen Kostenvoranschlags möglich.

Worüber möchten Sie mehr wissen?

- Implantate
- Ästhetischer Zahnersatz
- Zahnfarbene Füllungen
- Zahnaufhellung
- Prophylaxe
- Parodontitis
- Moderne Wurzelkanalbehandlung

Dürfen wir Sie an den nächsten Vorsorge-Termin erinnern?

- Post E-Mail nein, danke

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?

- ja, weil.....
 nein

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung?

- ja, weil.....
 nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaferkrankungen: ja nein
 Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Herzklappenfehler ja nein
 Herzklappenersatz ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Endokarditis ja nein
 Herzoperation ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein
Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:
 HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
 Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
 Wenn ja, welche : A // B // C // D // E ?
 Tuberkulose ja nein
 Infektionskrankheiten (z.B.MRSA) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
 Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
 Wenn ja, welche.....
Schmerzmittel ja nein
 Wenn ja, welche.....
Metalle ja nein
 Wenn ja, welche.....
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
 Wenn ja, wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit
 seit
 seit
 seit
 seit

- Nehmen Sie Bisphosphonate?** ja nein seit
- Nehmen Sie Marcumar, ASS oder andere Blutverdünner?** ja nein seit
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?** ja nein seit
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?** ja nein seit
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?** ja nein seit
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?** ja nein Datum:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Abrechnungsunterlagen meiner zahnärztlichen Behandlung zum Zwecke der Rechnungsstellung an ein externes Abrechnungsbüro (bfs) weitergeleitet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Eine Injektion zur Schmerzausschaltung kann Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen. In seltenen Fällen können sich allergische Reaktionen, ein anhaltendes Taubheitsgefühl oder Geschmacksirritationen einstellen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftstelle eingeholt wird.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit deren Speicherung, Bearbeitung und Nutzung zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift:

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. med. dent. Andreas Geist, erreichbar unter der Praxisanschrift Mistralweg 2, E-Mail info@zahnarzt-geist.de und Telefonnummer 07071/922975.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihr TeamGeist
Zahnarztpraxis Dr. Geist