



Patient:

deichkrone

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher, seit wann?	ja []	nein []
Künstliche Herzklappe, seit wann?	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Blutverdünner (z.b.: Marcumar, Eliquis, ASS etc.)	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Allergien	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Besitzen Sie einen Medikamentenplan?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein ?	ja []	nein []
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja []	nein []
Wenn ja, bei welchen?		

Sind Sie Angstpatient ?	ja []	nein []
Sind Sie Raucher?	ja []	nein []
Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?		

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja []	nein []
--	--------	----------

Patient: _____

Seite 2

Beratungswunsch

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne/Prophylaxe	ja [☐]	nein [☐]
Zahnaufhellung/Bleaching	ja [☐]	nein [☐]
Korrektur von Zahnfehlstellungen	ja [☐]	nein [☐]
feststehender Zahnersatz/Implantate	ja [☐]	nein [☐]
Behandlung in Sedierung (Dämmerschlaf)	ja [☐]	nein [☐]

Patient: _____

Seite 3

allgemeine Informationen

- Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Ihnen leider die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen.

- Sofern Sie der elektronischen Patientenakte bei Ihrer Krankenkasse nicht widersprochen haben, stellen wir, die Zahnarztpraxis Deichkrone, zahnärztliche Dokumente (z.B. Zahnbonusheft, Röntgenbilder, Befundberichte) in Ihre ePa ein. Dies kann mündlich oder schriftlich jederzeit bei uns widerrufen werden.

Patienteninformation zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung(DSGVO) sind wir verpflichtet,Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:
Dr. Marc Wendland

2. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten - insbesondere Ihre Gesundheitsdaten-.

Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten,

Gutachter, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind oder Vorstellig werden müssen, Daten zur Verfügung zu stellen(z.B. Arztbrief, Überweisungen, Röntgenbilder etc.). Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, die Kassenärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(Zahn)rztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug

auf Ihre Allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlagen von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechnigte Empfänger.

3. Rechtliche Grundlagen des Patienten:

Recht auf Auskunft

Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung

Recht auf Widerspruch

Recht auf Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten - unter einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen

Patient: _____

Seite 4

Aufbewahrungsfristen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen (DSGVO § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b)

Bundesdatenschutzgesetz.

ACHTUNG ! Wichtige Informationen !

- Wir sind ausdrücklich eine Bestellpraxis. Termine werden daher explizit für Sie reserviert. Falls Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig, also mindestens 24 Stunden vorher ab. Sollte dieser Termin nicht rechtzeitig von Ihnen abgesagt werden, es liegt ein Eigenverschulden vor und wir können diesen Termin nicht mehr anderweitig vergeben, können wir Ihnen diesen Termin in Rechnung stellen. Als Richtwert gelten dabei 100 Euro pro Stunde. Bei Fragen dazu wenden Sie sich gerne an uns.

Ich habe die Informationen zur Kenntnis genommen und die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet

Datum Unterschrift _____