



## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGb) sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ihr Dental Team Humboldtstraße MVZ GmbH

Patient

Herr/Frau/Kind

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb./Ort

Mitglied

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

Anschrift

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon / mail

\_\_\_\_\_  
dienstl./tagsüber privat

\_\_\_\_\_  
mobil e-Mail

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse /Versicherung:

\_\_\_\_\_  
 Freiwillig / Beihilfe  priv. Zusatzversicherung  Basis-/Standarttarif  **Sachkostenliste (Laborkosten)**

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Durch wen wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Welche Wünsche oder Beschwerden führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie die Terminbestätigung erhalten?  Per Mail /  SMS

### Wichtige Hinweise! Bitte lesen!

#### Mundhygieneprogramm:

Alle unsere Patienten durchlaufen ein systematisches Prophylaxe-Programm. Es ist sehr wichtig, dass Sie auch nach abgeschlossenen Zahnbehandlungen regelmäßig zu den Prophylaxe-Terminen erscheinen.

Gerne erinnern wir Sie regelmäßig an diese Termine. Mit Ihrer Unterschrift auf der **Datenschutzerklärung** bestätigen Sie, dass wir Sie zu diesem Zweck kontaktieren dürfen.

#### Fotodokumentation:

Die meisten Behandlungen werden von uns aus Gründen der Qualitätssicherung fotografisch dokumentiert. Mit ihrer Unterschrift auf der **Datenschutzerklärung** erklären Sie, dass Sie mit der Verwendung der Bilder für **interne** Zwecke (z.B. Behandlungsplanung, Kommunikation mit dem Labor) einverstanden sind.

#### Bestellpraxis:

Die bei uns vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie freigehalten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher per Telefon, mail oder Fax abzusagen, sollten Sie verhindert sein.

Bei unentschuldigtem Fehlen und/oder nicht rechtzeitiger Absage ist die Praxis zur Berechnung einer Ausfallgebühr in Höhe eines durchschnittlichen Behandlungshonorars (mindestens 100 Euro je 30 Minuten) berechtigt.

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?  nein  ja

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?  nein  ja

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja  
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse oder Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? **Bisphosphonate** ? (z.B. Tumorerkrankung, Osteoporosetherapie) **gerinnungshemmende Medikamente?** (ASS, Marcumar...)  
 \_\_\_\_\_

Allergien: Besitzen Sie einen Allergiepass?  nein  ja  
 Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit?  
 \_\_\_\_\_

Herzerkrankung: Herzschwäche (Insuffizienz)?  nein  ja  
 Herzasthma, Angina pectoris?  nein  ja  
 Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  nein  ja  
 Zustand nach Herzinfarkt? Wenn ja, Wann? \_\_\_\_\_  nein  ja  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Kreislaufferkrankung: zu hoher Blutdruck?  nein  ja  
 zu niedriger Blutdruck?  nein  ja

Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes)?  nein  ja  
 Magen-Darmerkrankungen?  nein  ja  
 Schilddrüsenerkrankung?  nein  ja

Erkrankung des Nervensystems: Epilepsie?  nein  ja  
 Krämpfe?  nein  ja

Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)?  nein  ja  
 Infektionskrankheiten: Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)?  nein  ja  
 Tuberkulose?  nein  ja  
 Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.  nein  ja  
 Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?  nein  ja  
 Wenn ja mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sonstiges: Anfallsleiden, Schlaganfall?  nein  ja  
 grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)?  nein  ja  
 künstliche Gelenke?  nein  ja  
 Sonstige Erkrankungen?  
 \_\_\_\_\_

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  nein  ja  
 Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  nein  ja  
 Rauchen Sie, wenn ja, ca. wie viele Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_  nein  ja

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  nein  ja  
 Wann? \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  nein  ja

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für  
die Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei Patientendaten ergibt sich die Erlaubnis zur Datenerfassung aus dem Behandlungsvertrag bzw. aus den verschiedenen gesetzlichen Verpflichtungen u.a. zur Dokumentation und Abrechnung. Daher benötigen wir für die Verwendung dieser Daten keine ausdrückliche Einwilligung Ihrerseits.

**Zweck der Datenverarbeitung:**

**1. Unser Recall-System**

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch und die Zahnprophylaxe? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**2. Unser Informationssystem**

Damit Sie bestens über unsere Zahnarztpraxis informiert sind, möchten wir Ihnen unsere Leistungen in Form von Informationsmaterial (z.B. Flyer per Post oder E-Mail/Newsletter) zur Verfügung stellen. Hierzu würden wir Sie gerne zu bestimmten Themen wie z.B. zahnfreundlichen Ernährung, Mundhygiene, Fluoridversorgung und Risikominderung für Karies und Parodontitis, informieren.

**Kategorien der Daten:** Persönliche Daten, Gesundheitsdaten

**Patient/in:**

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Email Adresse:	

**Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.**

**Ich bin bereit, an Ihrem Informationssystem teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.**

Die Speicherung der Daten erfolgt auf unserem Praxisserver. 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).

Ich bestätige, dass mir die **Patienteninformation** (Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO) vorgelegt wurde bzw. jederzeit zur Einsicht in der Praxis vorliegt.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient