

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

**Persönliches:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**gesetzlich versichert**  Ja  Nein -----> Zusatzversicherung  Ja  Nein

**privat versichert**  Ja  Nein -----> Basistarif  Ja  Nein beihilfeberechtigt  Ja  Nein

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist die/der Versicherte? (z.B. Ehemann)**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

**Herz**

- Herzinfarkt  Ja  Nein
- Herzinsuffizienz  Ja  Nein
- Verengung der Herzkranzgefäße  Ja  Nein
- Rhythmusstörungen  Ja  Nein
- Bypassoperation  Ja  Nein
- Herzklappenersatz  Ja  Nein
- Schrittmacher  Ja  Nein
- Herzmuskelentzündung  Ja  Nein

**Kreislauf**

- Niedriger Blutdruck  Ja  Nein
- Bluthochdruck  Ja  Nein
- Angina pectoris  Ja  Nein
- Durchblutungsstörungen  Ja  Nein
- Schlaganfall  Ja  Nein
- Thrombosen  Ja  Nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Macumar oder ASS)?  Ja  Nein

**Erkrankungen des blutbildenden Systems**

- Blutarmut  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein
- Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

**Augen**

- Grauer Star  Ja  Nein
- Glaukom (erhöhter Augendruck)  Ja  Nein

**Atemwege / Lunge**

- Asthma  Ja  Nein
- Bronchitis  Ja  Nein
- Tuberkulose (TBC)  Ja  Nein
- COPD  Ja  Nein

**Blase-Nieren**

- Blasenerkrankung  Ja  Nein
- Nierenerkrankung  Ja  Nein

**Bitte wenden!**

### Bewegungsapparat

- Rheuma  Ja  Nein  
Gicht  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
Künstliche Gelenke  Ja  Nein

### Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle  Ja  Nein

### Vegetatives Nervensystem

- Migräne  Ja  Nein

### Leber

- Leberzirrhose  Ja  Nein  
Hepatitis  Ja  Nein  
Wenn „ja“, welcher Typ? \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel

- Diabetes  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten  Ja  Nein  
HIV bzw. AIDS  Ja  Nein  
Tumorerkrankungen  Ja  Nein  
Wenn „ja“, was und wann? \_\_\_\_\_

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche? (ggf. Medikamentenplan) \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate z.B. Alendronsäure ein?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher/Raucherin?  Ja  Nein

Wenn „ja“ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie z.Zt. schwanger?  Ja  Nein

Wenn „ja“, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Weitere wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)  Ja  Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

**Möchten Sie halbjährlich eine Terminerinnerung per Post erhalten? (RECALL)**  Ja  Nein

### Endlich haben Sie es geschafft!

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Bogens bei einem der Themen Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je umfangreicher wir informiert sind, desto individueller können wir Sie behandeln.

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Hinweise zum Datenschutz in unserer Praxis



### Persönliches:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf 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).

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß Art 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

1. Name / Adresse / Telefon: \_\_\_\_\_

2. Name / Adresse / Telefon: \_\_\_\_\_

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen

Da wir uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren möchten, haben wir uns entschieden, im Bereich der Leistungsberechnung/Abrechnung mit

*Dental Consulting, Inh. Anita Göbel, Frauenbach 13, 95503 Hummeltal*

zusammenzuarbeiten. Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe meiner Daten bzw. Behandlungsdaten, zum Zwecke der Leistungsberechnung/Abrechnung, an Dental Consulting, einverstanden. Diese Erklärung gilt gemäß § 33 BDSG als Benachrichtigung. Ich entbinde meine Behandlerin hiermit von der Schweigepflicht, dies gilt auch für zukünftige Behandlungen. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Zustimmung zur Daten-Einsicht

Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung durch Maria Gössler in deren Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Frau Hadamuth Kunz-Lippert geführten Patientenunterlagen durch Maria Gössler stimme ich ausdrücklich zu.

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte wenden !**

## **Aufklärung**

### **Persönliches:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Hinweise zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher ab.

### **Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass es durch eine zahnärztliche Lokalanästhesie u.a. zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Behandlungen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Eine Betäubung kann zu Hämatomen (Bluterguss), Selbstverletzung (z.B. Bissverletzung) und bei Leitungsanästhesien (v.a. im Unterkiefer) zu irreversiblen Nervschädigungen (N. lingualis) führen.

Ich habe obige Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

Veitsbronn, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Mit diesem Infoblatt klären wir Sie darüber auf, dass wir in unserer Zahnarztpraxis mit Bestellsystem arbeiten. Das bedeutet, dass die Termine, die Sie mit uns vereinbaren, an diesem Tag und zu dieser Uhrzeit exklusiv für Sie reserviert sind.

Bitte beachten Sie, dass bei längeren Terminen, beispielsweise größeren chirurgischen Maßnahmen oder bei Zahnersatz, auch ein immenser Planungs- und Verwaltungsaufwand erforderlich ist, den Sie als Patient für gewöhnlich nicht mitbekommen, der aber trotzdem anfällt.

Auch müssen wir, um Ihnen den exklusiven Behandlungsservice anbieten zu können, Kosten für Personal, Miete, Nebenkosten, Materialien u.ä. auslegen um Ihre Behandlung möglichst stressfrei durchführen zu können.

Gemäß §§ 615, 293 BGB haben wir als Zahnärzte bei Nichteinhaltung von Terminen bzw. kurzfristigen Absagen an Sie als Patient einen Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens.

Im Falle der Minderjährigkeit oder der Geschäftsunfähigkeit des Patienten, verpflichten sich die gesetzlichen Vertreter zur gesamtschuldnerischen Haftung für alle Forderungen aus dem betreffenden Patientenverhältnis.

**Konkret bedeutet dies, dass wir Ihnen bei unentschuldigtem Versäumnissen oder kurzfristigen Absagen ein Ausfallhonorar von 145€ pro Stunde, bzw. entsprechend der Länge Ihres Termins einen Anteil davon in Rechnung stellen werden.**

**Bitte denken Sie an Ihre Mitwirkungs- und Sorgfaltspflicht und sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir uns allen diese Form von Ärger ersparen und die Termine rechtzeitig an andere Patienten vergeben können.**

Leider müssen wir diese Maßnahme aufgrund des Verhaltens einiger weniger einführen und danken daher für Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass ich bei nicht fristgerechter Absage oder nicht eingehaltenem Behandlungstermin Ausfallhonoraransprüche akzeptieren und ausgleichen werde.

Gerichtsstand: Amtsgericht Fürth

---

Datum, Unterschrift

---

Name in Druckbuchstaben