

Patient:innenfragebogen



Sie stehen bei uns im Mittelpunkt, deshalb ist es uns Wichtig mehr über Ihre Wünsche und Gesundheit zu erfahren. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Sämtliche Informationen, die Sie uns geben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns die Einsicht in die Patientenakte von Ihrem vorherigen Zahnarzt.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können,

bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, versäumte Termin Rechnung zu stellen.

Wir setzen uns für Ihre optimale Prophylaxe und Zahnerhaltung ein, jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von der Krankenkasse bezahlt. Wir informieren Sie vor Behandlungsbeginn über die eventuell anfallenden Kosten.

Uns ist es wichtig, dass wir Sie langfristig glücklich und Ihre Zähne gesund erhalten können.

Persönliche Angaben

Familienname:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

Tel. (privat):

Tel. (mobil):

E-Mail:

Beruf:

Versicherungsnehmer:in bei Familienversicherungen

Familienname:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

Hausarzt/Name:

Hausarzt/Telefon:

Hausarzt/Anschrift:

Versicherungsstatus:

- privat
- freiwillig
- Zusatzversicherung
- gesetzlich
- Kostenerstattung
- Beihilfe

Wie können wir Sie bei Rückfragen oder Terminerinnerungen erreichen?

- E-Mail
- Telefon
- SMS
- Post

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, 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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Johannes Lörner, erreichbar unter der Praxisanschrift Grasshoppersstr. 3 in 72116 Mössingen, Telefonnummer 07473 / 6358, E-Mail: info@zahnmedizin-moessingen.de

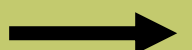
2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere (Zahn-) Ärzte, Dentallabore, Krankenkassen, Logopäden, Kassenärztliche Vereinigungen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, (Zahn-)Ärztelkammern & privatärztliche Abrechnungsstellen (BFS) sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. Bsp. 30 Jahre bei Röntgenbildern lt. § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz & Informationsfreiheit lautet: Dr. Stefan Brink, Postfach 10 29 32 in 70025 Stuttgart, Tel.: 07 11/61 55 41-0

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Haben Sie Fragen, wenden Sie sich gerne an uns.



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Um Komplikationen zu vermeiden, sind Sie verpflichtet uns alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes während der Behandlungszeit uns unmittelbar mitzuteilen.

Herz-/Kreislaufferkrankungen

- Hoher Blutdruck:
- Niedriger Blutdruck:
- Herzklappenfehler:
- Herzklappenersatz:
- Herzschrittmacher:
- Endokarditis:
- Herzoperation:

Immunsupprimierte Patient:innen

- Hochgradige Neutropenie:
- Mukoviszidose-Erkrankung:
- Organtransplantiert:
- Stammzellentransplantiert:

Infektiöse Erkrankungen

- HIV-Infektion/Stadium AIDS:
- Lebererkrankung/Hepatitis:
- Tuberkulose:
- MRSA:
- Creutzfeld-Jakob-Kran. (CJK)/ (vCJK):

Sonstige Krankheitsbilder

- Anfallsleiden (Epilepsie):
- Asthma/Lungenerkrankung:
- Blutgerinnungsstörungen:
- Diabetes/Zuckerkrankheit:

HbA1c:

- Nervenerkrankung:
- Nierenerkrankungen:
- Ohnmachtsanfälle:
- Osteoporose Erkrankung:
- Rheuma/Arthritis:
- Schilddrüsenerkrankung:
- Sonstige Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- Lokalanästhesie/Spritzen:
- Antibiotika/welche:
- Schmerzmittel:
- Metalle/welche:

Schwangerschaft

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

Röntgen

- Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?
- Wenn ja, wann?

Einnahme von Medikamenten

- Nehmen Sie Bisphosphonate?
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?
- Nehmen Sie Antidepressiva?
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

Genussmittel:

- Raucher:
- Anzahl an Zigaretten pro Tag:
- E-Zigarette/Kautabak:
- Drogenkonsum:

Weitere Angaben:

- Sind Sie derzeit aufgrund einer anderen Erkrankung in Behandlung?
- Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? (z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall)
- Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde?
- Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen?
- Sind Sie sehr empfindlich/sensibel?
- Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert?

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

