



PRAXISKLINIK FÜR ZAHNHEILKUNDE

Liebe Patienten,

bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst gewissenhaft aus, damit wir Ihnen optimal helfen können. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diesen Anamnesebogen auszufüllen und dass die darin erfragten Informationen freiwillig sind.

Praxisklinik für Zahnheilkunde
Von-Kühlmann-Straße 1
86899 Landsberg am Lech
Fon 08191.947666-0
Fax 08191.947666-95
info@implantate-landsberg.de
www.implantate-landsberg.de

Personenbezogene Daten

	Patient	Hauptversicherter
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Krankenkasse / Versicherung:		
<input type="checkbox"/> privat versichert		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Mobil:		
E-Mail:		

Optionale Angaben

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Internet Empfehlung Sonstige
- Wurden Sie von Ihrem Hauszahnarzt überwiesen? ja nein
- Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? (z. B.: Implantate, Keramikversorgung usw.) ja nein
- Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert?
(Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleaching...) ja nein
- Grund Ihres Besuches/Besondere Wünsche und Erwartungen:

.....

.....



Zertifiziertes
Qualitätsmanagement

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> hoch Ggf. Werte:
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ggf. Wann:
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ggf. Wann:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, TBC, MRSA etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche Woche?

Rauchen Sie? ja, weniger als 10 Zigaretten pro Tag ja, mehr als 10 Zigaretten pro Tag nein

Wichtige Hinweise

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit unter Einfluss von Injektionen zur lokalen Betäubung, therapeutischen Injektionen und Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4–6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann. Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass zu den vereinbarten Terminen Zeit für mich reserviert wird. Vereinbarte Termine sollten deswegen unbedingt eingehalten werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach bestem Wissen beantwortet.

.....
Datum, Unterschrift

Information über die Bereitstellung von Daten durch Sie als Betroffenen

Aufgabe unserer Zahnarztpraxis ist die Erbringung von zahnärztlichen Leistungen. Im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsverhältnisses und die Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung konkreter Behandlungseingriffe (mit Ausnahme von Notfallsituationen) ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelung nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Rechtsgrundlage für die rechtmäßige Verarbeitung personenbezogener Daten ist Art. 6 Absatz 1b EU-DSGVO

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass:

Behandlungsbezogene Daten und Befunde (Arztbrief, Befundbericht, Röntgenbilder) zum Zweck der Information, Dokumentation und mit dem Auftrag zur Weiterbehandlung an meinen Hausarzt/Hauszahnarzt übermittelt werden.

ja nein

Name und Adresse Hauszahnarzt

Meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke einer medizinischen Konsultation an Fachärzte übermittelt werden.

ja nein

Meine Behandlungsdaten und Befunde, im Rahmen einer medizinischen Mitbehandlung (Anästhesie), an das Fachärzteteam der Gemeinschaftspraxis für Anästhesie Landsberg übermittelt werden.

ja nein

Personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse und Versicherungsdaten) und Befunde zur weiterführenden Untersuchung von Laborproben, an ein histologisches bzw. pathologisches Labor übermittelt werden.

ja nein

Personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsdaten) und der Auftrag zur Herstellung von zahntechnischen Werkstücken an ein zahntechnisches Labor übermittelt werden.

ja nein

Spezielle Schweigepflichtentbindung für Angehörige und Familienmitglieder:

Mir ist bekannt, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber Familienmitgliedern und leiblichen Kindern ab dem 14. Lebensjahr gilt.

Folgende Angehörige sollen bei Bedarf Auskünfte/Berichte zu meiner Behandlung erhalten:

Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
.....
.....

Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen von einer von mir beauftragten Person bin ich einverstanden. Die Abgabe dieser Unterlagen setzt die Vorlage meiner Versichertenkarte bzw. eines anderen Dokuments voraus und dient zugleich als Vollmacht für die von mir beauftragte Person.

ja nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Patienteninformation zum Datenschutz und zu meinen daraus resultierenden Rechten wurde mir in Schriftform ausgehändigt.

.....
Vorname, Name, Geburtsdatum

.....
Ort, Datum, Unterschrift