



Patient

Name		Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum			Geburtsort		
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		
Telefon		Mobil*		E-Mail*	
Krankenkasse			Zusatzversicherung vorhanden*		
Bonusheft vorhanden			Beruf*		
Hausarzt			Hauszahnarzt (nur bei Vertretung/Notdienst)*		

Gesetzlicher Vertreter

Name		Vorname			
Geburtsdatum		Beruf			
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		
Telefon		Mobil	E-Mail		

*freiwillige Angaben

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
viele Krankheiten oder die Einnahme von Medikamenten beeinflussen die zahnärztliche Behandlung.
Bitte füllen Sie daher den Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

HERZERKRANKUNG				O nein
	ja	<input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Defibrillator <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt am: <input type="checkbox"/> Bypass-Operation am: <input type="checkbox"/> Stent-Implantation am: <input type="checkbox"/> Sonstige:	
GERINNUNGSSTÖRUNG				O nein

	ja	<i>O Hämophilie O Faktor-Mangel O v. Willebrand-Syndrom</i>	<i>O Sonstige:</i>
INFEKTIONSKRANKHEIT		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Hepatitis OA OB OC O HIV O Tuberkulose</i>	<i>O Sonstige:</i>
ALLERGIE		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Penicillin O Latex</i>	<i>O Sonstige:</i>
BLUTDRUCKERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O zu hoch O zu niedrig</i>	<i>O med. behandelt Medikament:</i>
AUGENERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Glaukom (erhöhter Augennendruck)</i>	<i>O Sonstige:</i>

NIERENERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Niereninsuffizienz</i>	<i>O Sonstige:</i>
LEBERERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Leberinsuffizienz O Leberzirrhose</i>	<i>O Sonstige:</i>
LUNGENERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Asthma O COPD</i>	<i>O Sonstige</i>
TUMORERKRANKUNG		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Brustkrebs O Prostatakrebs</i>	<i>O Sonstige</i>
OSTEOPOROSE		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O med. behandelt</i>	<i>Medikament:</i>
DIABETES		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O Insulin-pflichtig</i>	<i>O keine Medikation</i>
		<i>O nein</i>	
	ja	<i>O med. behandelt</i>	<i>Wann?</i>

Nehmen Sie aktuell eines der folgenden Medikamente ein oder sind Sie jemals in der Vergangenheit damit behandelt worden?

BLUTGERINNUNGSHEMMER		<i>O nein</i>			
	ja	<i>O ASS 100</i> <i>O Plavix</i>	<i>O Marcumar</i> <i>O Heparin</i>	<i>O Pradaxa</i> <i>O Xarelto</i>	<i>O Eliquis</i> <i>O Sonstige:</i>
BISPHOSPHONATE		<i>O nein</i>			
	ja	<i>O Zometa</i> <i>O Actonel</i> <i>O Bonviva</i> <i>O Bonefos</i>	<i>O Fosamax</i> <i>O Didronel</i> <i>O Bondronat</i> <i>O Alendronat</i>	<i>O Ostac</i> <i>O Skelid</i> <i>O Aredia</i>	<i>O Diphos (Denosumab)</i> <i>O Sonstige:</i>
SONSTIGES		<i>O nein</i>			
	ja	Sonstige Erkrankungen? Welche?			
		Welche Medikamente nehmen Sie deshalb ein?			
		Sonstige Medikamente		<i>O ja</i>	<i>O nein</i>
		liegt ein Medikamentenplan vor?		<i>O ja</i>	<i>O nein</i>

SIND SIE SCHWANGER?		<i>O nein</i>	
	ja	Welcher Monat?	
RAUCHEN SIE?		<i>O nein</i>	
	ja	Zigaretten: ___ tgl Schachtel(n): ___ tgl	

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wir bitten Sie daher Ihre Termine pünktlich einzuhalten und ggf. frühzeitig, bzw. spätestens 24 Stunden vorher, abzusagen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgerichts Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Kirchhain, den _____

Recall			
bitte erinnern Sie mich an die Vorsorgetermine	<i>O 1/2jährlich</i>	<i>O jährlich</i>	<i>O nicht gewünscht</i>
Ich wünsche eine Benachrichtigung per	<i>O E-mail</i>	<i>O Anruf</i>	

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung
personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? 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.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service _____ (eintragen wie der Recall erfolgt- Anruf, Mail, etc.) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

_____, den _____

Unterschrift Patient/in /gesetzlicher Vertreter

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

Zahnherz
Zahnarztpraxis Dr. U. Scholz
Erfurter Str. 28
35274 Kirchhain
Tel.:06422-898180

**Einverständniserklärung Versand von Patientendaten
und
Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht**

Ich _____(Vorname,Name,Geburtsdatum)
bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin Dr. U.Scholz und Kollegen zum
Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Patientendaten, Befunde
und Röntgenaufnahmen an

- Labor
- Facharztpraxen bzw. Zahnarztpraxen (z.B Kieferchirurg oder Kieferorthopäde)
- Privat- / Zusatzversicherung

weiterleitet.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per Email oder Post.

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).

.....
Ort, Datum, Unterschrift