

Praxis für Zahnheilkunde Dr. Ebert & Team

Liebe Patientin, lieber Patient,

unsere Praxis heißt Sie herzlich willkommen. Um Ihren Aufenthalt qualitativ gut zu organisieren, benötigen wir Ihre Hilfe im Rahmen der Anamnese. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und Sie müssen nur Informationen angeben, welche Sie für den Zahnarzt als notwendig erachten. Wir bitten Sie zu beachten, dass Ihre Angaben dazu dienen unsere Beratung und Diagnosestellung zu vereinfachen und zahnärztliche Komplikationen zu vermeiden.

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat/mobil: _____

Mitglied/Zahlungspflichtiger (nur falls ungleich Patient)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat/mobil: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Herzinfarkt, ggf. wann?
- (ja) (nein) Herzschrittmacher
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Andere Erkrankungen am Herzen
- (ja) (nein) Ist ein Antibiotikum vor Zahnarztbehandlung notwendig?

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Blutverdünner, wenn ja, welcher?
- (ja) (nein) Thrombose
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörung
- (ja) (nein) Schlaganfall

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) chron. Bronchitis
- (ja) (nein) COPD
- (ja) (nein) Tuberkulose

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen
- (ja) (nein) Hashimoto

Nervensystem/Gemüt

- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Zahnarztangst
- (ja) (nein) Depression/Medikation

Infektionskrankheiten/Immunschwäche

- (ja) (nein) Hepatitis A, B, C
- (ja) (nein) HIV
- (ja) (nein) Transplantation, wenn ja, welche?
- (ja) (nein) Nierenfunktionsstörung/Dialyse

(ja) (nein) Rheuma

Sonstige Erkrankungen

(ja) (nein) Hörgerät-/implantat

(ja) (nein) Arthritis/Gicht/Lähmung

(ja) (nein) Einschränkung der Sehkraft

(ja) (nein) Sodbrennen/Reflux

(ja) (nein) Osteoporose (Bisphosphonate)

(ja) (nein) Tumorerkrankung/Chemo

(ja) (nein) Chronische Magen- und Darmerkrankungen, wenn ja, welche?

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Behandelnder Hausarzt/Internist/Diabetologe

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Schwangerschaft

(ja) (nein) Raucher (Menge)

(ja) (nein) Allergien, wenn ja welche?

(ja) (nein) Anamnese o.B.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Bayern oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Ja:

Nein:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Aschaffenburg, den Unterschrift