

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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor-/Nachname Patient:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Familienname des Versicherten:

Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum:

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke durch die Praxis zu:

- 1. Übermittlung an Dentallabor** | Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.
- 2. Recall-System** | Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch
- 3. Praxisinformationen** | Flyer mit Informationen über Praxisangebote
- 4. Übermittlung an PVS Reiss** | Persönliche und Abrechnungsrelevante Daten (s. Einwilligungserklärung PVS)
- 5. Übermittlung an mitbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte** | Therapierelevante Röntgenbilder und Behandlungsunterlagen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch ein E-Mail an die folgende Adresse »dr.stammer@hotmail.de« 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).

ALLGEMEINES

- Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Aspirin) ein? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein
-

Auf welche Medikamente reagieren Sie allergisch?

- Leiden Sie unter Asthma? ja nein
Leiden Sie unter Heuschnupfen? ja nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ ja nein
Leiden Sie unter hohem/niedrigem Blutdruck? ja nein
Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt? (Endokarditis-Risiko) ja nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja nein
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall? ja nein
Besteht eine der folgenden Krankheiten? ja nein
 Diabetes Schilddrüsenerkrankung Magen-Darm-Erkrankung
 Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis) Nierenerkrankung
 Tuberkulose HIV
Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt? ja nein
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein
-

FÜR FRAUEN

- Besteht eine Schwangerschaft oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft? ja nein
Nehmen Sie hormonelle Kontrazeptiva (z.B. die Antibabypille)? ja nein

SPEZIELLES

- Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn die Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ja nein
Sind Sie interessiert, auf naturheilkundlicher Basis behandelt zu werden, auch wenn diese Leistungen nicht von der Krankenkasse übernommen werden? ja nein
Wünschen Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert zu werden? ja nein
Möchten Sie an unserem Recallsystem teilnehmen? ja nein
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein
Leiden Sie unter Mundtrockenheit? ja nein
Wurde innerhalb der letzten 12 Monate eine Röntgenaufnahme angefertigt? ja nein

Wenn ja, welcher Körperbereich?

Datum

Unterschrift