Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. Rainer Müssig
Dr. Susanne Pape

Dieses Formular sollte einmal jährlich ausgefüllt werden, damit wir etwaige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bei Ihrer Behandlung berücksichtigen können.
Alle Angaben unterliegen natürlich der zahnärztlichen Schweigepflicht.
Bitte denken Sie auch weiterhin daran**, Ihren Termin bei uns mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie einmal verhindert sein sollten. Andersfalls kann Ihnen die **ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt** werden (§304, 615 BGB). Wir planen uns nämlich stets ausreichend Zeit für Ihre Behandlung ein, so vermeiden wir auch längere Wartezeiten.
Weiterhin bedanken wir uns für das entgegengebrachte Vertrauen und hoffen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge haben wir übrigens auch ein offenes Ohr!

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum:_____

Anschrift: _____ Geb.-Ort: _____

Tel. privat: _____ mobil: Tel. _____ Tel. berufl.: _____

Versicherter über (bei Familienversicherten): _____ Geb.Datum:_____

Name der Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unbedingt unverzüglich mit!

Leiden Sie an:

	Ja	**Nein**
1. Allergien? Wenn ja: unter welchen? _____	O	O
2. Zuckerkrankheit (Diabetes)?	O	O
3. Asthma ? O Atemwegserkrankungen ? O	O	O
4. Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja: Welche? _____	O	O
5. Blutdruckprobleme? Hoher Blutdruck O niedriger Blutdruck O	O	O
6. Herzinfarkt?	O	O
7. sonstige Herz-Kreislauferkrankungen?	O	O
8. Bluterkrankungen?	O	O
9. Blutgerinnungsstörungen? O Blutverdünner ? O	O	O
10. Infektionserkrankungen Hepatitis O HIV O andere O	O	O
11. Haben Sie künstliche Herzklappen?	O	O
12. Haben Sie künstliche Gelenke?	O	O
13. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	O	O
14. Osteoporose ?	O	O
15. Magen-Darm-Erkrankungen ?	O	O
16. Lebererkrankungen ?	O	O
17. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: Welche Woche ? _____	O	O
18. Rauchen Sie?	O	O
19. Sonstige Erkrankungen? Wenn ja: Welche? _____	O	O
20. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	O	O
Wenn ja: Welche? _____		
_____		
21. Haben Sie ggf. einen Pflegegrad ? Wenn ja: Welchen ? _____	O	O
22. Haben Sie ggf. einen gesetzl. Betreuer? Wenn ja: Name/Adresse d. Betreuers:	O	O
_____		

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung für 24 Stunden kein Fahrzeug führen dürfen.

Stade, den _____ Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) _____

BITTE BEACHTEN SIE AUCH DIE RüCKSEITE!

Hinweise zur Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten von unseren Patienten personenbezogene Daten für folgende Zwecke:

Rechtsgrundlage: Erfüllung vertraglicher Verpflichtungen (DSGVO Art. 6, Teil 1, Lit b) oder zur Gewährung einer optimalen medizinischen Versorgung im Sinne der behandelnden Ärzte und des Patienten (DSGVO Art. 6, Teil 1, Lit f)

- Patientenstammdaten (Name, Anschrift, Krankenkasse/Leistungsträger) zur Organisation, Durchführung, Dokumentation und Abrechnung von Behandlungsvorgängen
- Gesundheitsdaten zur Berücksichtigung von behandlungsbeeinflussenden Faktoren, zum Aufbau von Behandlungsstrategien und zur Überprüfung/Nachkontrolle durchgeführter Behandlungen
- weitere behandelnde Ärzte für ggf. notwendig werdende medizinische Abstimmungen (siehe Einwilligung)
- ggf. Fotos, Röntgenbilder und weitere Aufnahmen zur Vorbereitung, Begleitung und Dokumentation von zahnmedizinisch Behandlungen
- abrechnungsrelevante Daten zur Durchführung der Abrechnung durch einen externen Dienstleister

Sie willigen hiermit in folgende Datenverarbeitungen ein: Rechtsgrundlage (DSGVO Art. 6, Teil 1, Lit a)

- Weitergabe von Fotos für an der Behandlung beteiligte medizinische Parteien (z.B. Kieferorthopädie, zahntechnische Labore, Kieferchirurgie)
- Verwendung Ihrer Telefonnummer, ggf. E-Mail- Adresse um z.B. an Termine zu erinnern (Recall)

  E-Mail-Adresse (optional): _____
- Anforderung von Röntgenbildern von anderen medizinischen Stellen, wenn für die Behandlung relevant
- Kommunikation mit anderen Ärzten und Krankenkassen für eine optimale medizinische Betreuung und Versorgung
- Weiterhin gestatte ich Mitarbeitern der Praxis, Auskünfte im Zusammenhang mit der Behandlung an folgende Personen zu geben (z.B. Termine, Behandlungsverlauf, notwendige Maßnahmen, Änderungen im Behandlungsprozess, ggf. entstehende Zusatzkosten).
  Name(n) der Person(en): _____

  _____

  Diese Erlaubnis ist solange gültig bis ich sie widerrufe.

Sie haben das Recht auf:

- Datenübertragbarkeit zu einem anderen Datenverarbeiter (soweit technisch möglich)
- Beschwerde gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (lfD -landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen).

Bei Minderjährigen:

Welche Personen sind sorgeberechtigt ? _____

Bei gemeinsamem Sorgerecht wird obige Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

Stade, den _____ Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter) _____