

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis



Dr. Rainer Müssig
Dr. Susanne Pape

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen heute zum ersten Mal in unsere Zahnarztpraxis. Vielen Dank für
Ihr Vertrauen!

Vorab möchten wir Sie mit wenigen Dingen vertraut machen: Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie, dass Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten haben und wir uns immer genügend Zeit für Sie nehmen können. Damit das System funktioniert, bitten wir Sie, wenn Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, diesen möglichst früh aber mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls kann Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§304,615BGB). Im Schmerzfall werden wir natürlich immer versuchen Sie einzuschieben, allerdings muss dann mit etwas Wartezeit gerechnet werden. Sollten Sie eine Behandlung wählen, deren Kosten nicht oder nur zum Teil von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden, werden wir Sie immer zuvor beraten und über die entstehenden Kosten aufklären. Die Rechnungstellung wird vom Freien Rechenzentrum für Heilberufe (FRH) für uns getätigt. Damit wir Ihre Rechnungsdaten an das Zentrum weiterleiten dürfen, erbitten wir Ihr Verständnis auf einem zweiten Formular. Wenn Sie dies nicht wünschen, können Sie selbstverständlich auch bar oder mit EC-Karte bezahlen. Um Sie richtig beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte unterrichten Sie uns auch in Zukunft, wenn sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas ändern sollte.

Übrigens: Für Anregungen und Verbesserungsvorschläge haben wir 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? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Asthma ? <input type="radio"/> Atemwegserkrankungen ? <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja: Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Blutdruckprobleme? Hoher Blutdruck <input type="radio"/> niedriger Blutdruck <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Herzinfarkt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. sonstige Herz-Kreislaufferkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Bluterkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Blutgerinnungsstörungen? <input type="radio"/> Blutverdünner ? <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Infektionserkrankungen Hepatitis <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Haben Sie künstliche Herzklappen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Haben Sie künstliche Gelenke? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Osteoporose ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Magen-Darm-Erkrankungen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Lebererkrankungen ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: Welche Woche ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Sonstige Erkrankungen? Wenn ja: Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wenn ja: Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <hr/> | | |
| 21. Haben Sie ggf. einen Pflegegrad ? Wenn ja: Welchen ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Haben Sie ggf. einen gesetzl. Betreuer? Wenn ja: Name/Adresse d. Betreuers: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

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 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): _____

Sie haben das Recht auf:

- Datenübertragbarkeit zu einem anderen Datenverarbeiter (soweit technisch möglich)
- Beschwerde gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (IfD -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) _____