

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahnmedizin Dr. Herter

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit wir Sie optimal betreuen können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und bei Ihrem ersten Besuch abzugeben. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung ihrer Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient

Name/Vorname _____

Straße _____ Email _____

PLZ/Ort _____ Beruf _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Geburtsort _____ Geburtstag _____

Krankenkasse

Name d. Krankenkasse _____ gesetzlich privat

Beihilfe, wenn ja welche _____ zusatzversichert Basistarif

Mitversichert bei wem?/ Hauptversicherter _____

Hauptversicherter Geburtstag _____

Hauptversicherter Anschrift _____

Hausarzt

Name/Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Möchten Sie an Kontroll- bzw. Prophylaxetermine (Recall) per Brief/SMS erinnert werden?

ja nein

Haben Sie folgende Erkrankungen oder Symptome?

	Ja	Nein	Bemerkung
Allergien (z.B. gegen Medikamente...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz / Kreislauf (z.B. Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwege / Lunge (z.B. Asthma...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blut (z.B. Gerinnungsstörungen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechsel (z.B. Diabetes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren (z.B. Dialysepflichtigkeit...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochen (z.B. Bisphosphonatbehandlung...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven (z.B. Depressionen, Epilepsie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medikamente (z.n. Marcumar, ASS...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Auf Wunsch behandeln wir Sie unter örtlicher Betäubung/Lokalanästhesie. Dies ist in der Regel ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung. Das Medikament wird in die Nähe kleiner Nervenäste platziert. Dabei kann es trotz aller Vorsicht in seltenen Fällen zu folgenden Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten kommen: allergische Reaktion, Bluterguss/Hämatom durch Verletzung kleiner Blutgefäße, Nervenschädigung mit vorübergehenden bzw. andauernden Gefühlsstörungen in Zungen- oder Lippenbereich, Bissverletzungen der Zunge oder Wange, Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit/Verkehrstüchtigkeit. Bitte informieren Sie uns im Falle von auftretenden Symptomen sofort, damit eine geeignete Behandlung eingeleitet werden kann.

Die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Behandlung stimme ich gemäß des DSGVO zu.

Gaildorf, den _____ Unterschrift: _____

DSGVO

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

Patient/-in

Name/Vorname _____

Adresse _____

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zeitgemäßen und effektiven Patientenbehandlung durch die Praxis Dr. Herter zu, d.h., dass sich die Praxis Dr. Herter zur Verarbeitung meiner Daten elektronischer Kommunikationsmittel, wie Email, Fax, bedient; Dies betrifft sowohl die Kommunikation zwischen Praxis und Patienten, als auch zwischen Praxis und Dritten, wie Behörden, Versicherungen, Laboren, KZV, IT-Dienstleister, patientenbezogenen Forderungsmaßnahmen usw.. Gegenstand dieser Kommunikation können Daten sein, die dem Arztgeheimnis unterliegen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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)

Gaildorf, den _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme

Über den zum 01.06.2022 erfolgten Praxisübergang von Herrn Hannes Windau an Herrn Dr. Daniel Herter wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Herrn Hannes Windau geführten Patientenunterlagen durch Herrn Dr. Daniel Herter und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Gaidorf, den _____ Unterschrift: _____