



Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Bitte füllen Sie diese beiden Seiten vollständig aus.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitversichert bei

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl/Ort _____

Telefon

Privat _____ Mobil _____

Email

Krankenkasse

Privat Gesetzlich Unversichert

Beruf _____

Hausarzt _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Blutverdünner ja nein

Herzklappenfehler ja nein

Herzklappenersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzoperation ja nein

-> Wenn ja, wann: _____

Endokarditis ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Krebserkrankung ja nein

Welche: _____

Infektiöse Erkrankungen

(z.B. HIV, Hepatitis, TB usw.): ja nein

Welche: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten: ja nein

Welche: _____

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Blutgerinnungsstörung ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Welcher Monat? _____

Sonstige Erkrankungen?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Was sollten wir sonst noch über Sie wissen?

Bitte wenden →

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden / durch wen wurden Sie empfohlen bzw. überwiesen:

Dürfen wir Rechnungen und andere Korrespondenz per Email an die vorne angegebene Mailadresse senden? ja nein

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zur Nachsorge an: Wir erinnern Sie im Rahmen unseres „Recall-Service“ halbjährlich per Email an Kontrolluntersuchungen.

Möchten Sie daran teilnehmen: ja nein

Liebe Patienten-

wir halten bestimmte Zeitspannen für bestimmte Behandlungen nur für Sie frei, die Sie bitte unbedingt einhalten möchten. Sollte es einmal nicht möglich sein, einen Termin wahr zu nehmen, bitten wir um eine Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin. Erhalten wir keine fristgerechte Absage, müssen wir Ihnen einen Betrag von € 35 pro halbe Stunde als pauschalierten Schadensersatz in Rechnung stellen. Danke für Ihr Verständnis!

Datenschutzverordnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Zahnarztpraxis Frank Dupont, erreichbar unter der Praxisanschrift Hauptstraße 69, 68799 Reilingen, E-Mail zahnarztpraxis.dupont@web.de und Telefonnummer 06205-922392.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

_____, den _____._____

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter