

## A n m e l d u n g

(Stammdaten, Anamnesebogen und Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten )

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, den folgenden Fragebogen auszufüllen und die Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten zu lesen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### P a t i e n t

Name: ..... Vorname: ..... geb.:.....  
Straße: ..... PLZ/Ort:.....  
Tel.-Nr.:..... oder ..... (mobil/Arbeitsstelle)  
Krankenkasse: ..... Beruf:.....  
Email: ..... Arbeitgeber:.....

Die Praxis wurde mir empfohlen durch:.....

**Art der Versicherung** :  gesetzl.-pflichtversichert  gesetzlich-freiwillig  privat  privat + Beihilfe  Basistarif

**Name der Versicherung** (nur bei Privat): .....

### V e r s i c h e r t e r (falls nicht Patient)

Name: ..... Vorname: ..... geb.:.....  
Straße: ..... PLZ/Ort:.....  
Tel.-Nr.:..... Oder ..... (mobil/Arbeitsstelle)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben (Zutreffendes ankreuzen):

#### 1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Asthma  Allergien, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen (bitte aufführen):  
.....

<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herz (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Gelbsucht, Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ohnmacht- oder Krampfanfälle
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> HIV-positiv

#### 2. Bestehen zur Zeit andere, oben nicht aufgeführte Erkrankungen, falls ja, welche?

.....

#### 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, falls ja, welche?

Bisphosphonathaltige Medikamente ? z.B.: Ibandronat, Alendronat, Tiludronat, Clodronat, Etidronat  
 Blutverdünner ? z.B.: Marcumar

### 3. Medikamente (Fortsetzung)

weitere Medikamente: .....

### 4. (Nur Frauen) : **Besteht eine Schwangerschaft?**

ja, in Woche: \_\_\_\_\_  nein  ungewiss

*Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.*

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben zu Name, Anschrift, Kontaktdaten und Krankenversicherung. Ich habe die Fragen 1 bis 3 (männl.) bzw. 1 bis 4 (weibl.) nach bestem Wissen beantwortet.**

Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Versicherungskarte nicht spätestens zehn Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

**Es wird davon abgeraten, nach lokaler Betäubung ein Kraftfahrzeug zu führen!**

Datum: .....

Unterschrift:.....

## Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde durch ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis informiert, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Zahnärzten, Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich, behandelnde weitere Zahnärzte und Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch zahntechnische Labore, die für die Behandlung gegebenenfalls erforderlich sind.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.**

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit der Zusendung von Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen einverstanden.

Recall: Möchten Sie von uns an Ihren regelmäßigen Kontrolltermin erinnert werden?

nein  ja, per  Brief, per  Email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Datum: .....

Unterschrift:.....