



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um Sie optimal versorgen zu können, benötigen wir neben einigen allgemeinen Daten auch Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Denn Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen **auf Vorder- und Rückseite** so genau wie möglich aus und teilen Sie uns ggf. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mit. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Patient/in

Herr/Frau/Kind

Name		Vorname		geb.
------	--	---------	--	------

Anschrift

Straße/Hausnr.		Festnetz*	Geburtsort.
----------------	--	-----------	-------------

Postleitzahl/Ort	E-Mail*	Mobile*
------------------	---------	---------

Mitglied/ Zahlungspflichtige/-r

bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r

Name		Vorname		geb.
------	--	---------	--	------

Anschrift

(wenn abweichend)

Straße/Hausnr.		Festnetz*	Mobile*
----------------	--	-----------	---------

Postleitzahl/Ort	E-Mail*
------------------	---------

Beruf des Patienten

<input type="checkbox"/> Schüler/Student	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
--	--------------------------------------

Anschrift Arbeitgeber

Straße/Hausnr.		Postleitzahl/Ort	Telefon
----------------	--	------------------	---------

Wie sind Sie versichert?

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> privat versichert nach | <input type="checkbox"/> Standardtarif/ | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt | | |
| <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) | | |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> nicht versichert | | |

Name des Kostenträgers

Name des Kostenträgers			
------------------------	--	--	--

Hinweis zum Ablauf in unserer Praxis: Wir bieten den Service einer Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (**24 Stunden vorher**) telefonisch unter **06134/4884** oder per E-Mail an **praxis@zahnarzt-kostheim.de**. Ausfallzeiten können nach §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Einwilligung zur Teilnahme am Erinnerungsservice: Bitte erinnern Sie mich per E-Mail / per SMS an meinen nächsten Termin.

Main-Kostheim, den

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten*

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis für den Zweck der Karteikartenführung, Terminbenachrichtigung, Rechnungswesen sowie für einen von mir gewünschten Austausch mit Ärzten oder Therapeuten (per SMS, E-Mail, Telefon) zu. Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. **Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO hält die Praxis für mich zur Einsicht bereit; diese finde ich auch auf der Homepage unter www.zahnarzt-kostheim.de.** Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur für die Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt. Auf Antrag habe ich das Recht auf Auskunft, welche personenbezogenen Daten über mich gespeichert wurden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich (z. B. durch E-Mail 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). Ich habe das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Main-Kostheim, den

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten*

* Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten / Beschwerden? (wenn Ja, bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
(Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I / <input type="checkbox"/> Typ II) | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeim MRSA | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob |
| <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Tumor/Karzinom/Krebs |
- Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Lähmungen

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

- Nein Ja, und zwar

Wie ist Ihr Blutdruck?

- niedrig normal hoch
ggf. Werte

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja, wegen

Name des Arztes

Anschrift

Telefon

Bestehen Allergien?

Haben Sie einen Allergie-Pass?

- Nein Ja, gegen
 Nein Ja

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- Nein Ja

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nehmen Sie Immunsuppressiva?

Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?

- Nein Ja, und zwar
 Nein Ja
 Nein Ja, seit/von-bis

4. Rauchen Sie?

Andere Suchtkrankheiten?

- Nein Ja
 Nein Ja, und zwar

5. Besteht eine Schwangerschaft?

- Nein ungewiss Ja

Woche

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

- Nein Ja, Unfalldatum

Art der Verletzung

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

- Nein Ja

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

10. Sind Sie pflegbedürftig im Sinne des § 15 SGB V? Nein Ja, und zwar Stufe

11. Haben Sie ein Bonusheft? Nein Ja

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben

Main-Kostheim, den

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten*

* Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.