

Zahnarztpraxis Hugo Teister

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient: Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Anschrift: _____

E-Mail Adresse: _____

Telefon/Handynummer: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Möchten Sie an Ihre Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?

per E-Mail per Anruf nein

Befinden Sie sich zur Zeit in Ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung: _____

Hausarzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien, auch auf Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Leiden Sie an Herz-, Kreislaufstörungen Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Asthma oder Atemnot? Ja Nein

Ist Ihnen eine Erkrankung Ihres Blutes bekannt (Gerinnungsstörung)? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Ist Ihre Schilddrüsenfunktion abweichend (Über-/Unterfunktion)? Ja Nein

Hatten Sie jemals ein Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)? Ja Nein

Sind Sie an der HIV/AIDS Infektion erkrankt? Ja Nein

Waren Sie an Tuberkulose erkrankt? Ja Nein

Sind Sie von Drogen, Medikamenten oder Alkohol abhängig? Ja Nein

Leiden Sie an Rheuma, Gelenkschwellung? Ja Nein

Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen? Ja Nein

Für Patientinnen: Sind sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat? Ja Nein

Existieren Röntgenbilder Ihrer Zähne/Kiefer jüngerer Datums? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben.
Bitte teilen Sie uns Änderungen sofort mit!

Haben Sie Beratungswünsche hinsichtlich

Professioneller Zahnreinigung (PZR)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bleaching / Zahnaufhellung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnstellung / Zahnkorrektur?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
zahnfarbener Füllungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahnersatz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Implantaten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Finanzierungsmöglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Behandlung mit Lachgas?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termin auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.

Datenschutz

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnese, Diagnose und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Röntgenaufnahmen.

Diese personenbezogenen Daten werden von und unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztlicher Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach unseren Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufnahmen gemäß §28 Abs. 3 der Röntgenverordnung. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 lit.b) Bundesdatenschutzgesetz.

Datum

Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Um- stand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615/ 280 BGB).

Berechnungsgrundlage für das in diesem Falle anfallende "Ausfallhonorar" ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde, der sich auf einen Betrag in Höhe von
€/ pro Stunde beläuft.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Gießen, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)