

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geburtsort

Nachname, Vorname (Versicherter/gesetzl. Vertreter (falls abweichend))

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Name der Versicherung

Name der Zahnzusatzversicherung (sofern vorhanden)

Telefon privat

Handynummer

E-Mail Adresse

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass Sie bzw. mit welchen Verarbeitungen Ihrer Daten Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon unabhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung zu widerrufen. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

1. Gerne informieren wir Ihrem/r Hauszahnarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt oder Hausarzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hauszahnarzt bzw. überweisendem Arzt und Hausarzt zu nennen, sofern Sie mit einer Übersendung von Berichten und Röntgenbildern einverstanden sind.

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Kieferorthopäde: _____

2. Ich willige ein, dass Behandlungsdaten, Diagnosen und/ oder Röntgenbilder bei den oben genannten Ärzten von der Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ angefordert werden dürfen. Alle per EDV übermittelten Daten, wie z.B. Ihre Röntgenbilder, werden ausschließlich verschlüsselt übermittelt.
3. Zur telefonischen Terminvereinbarung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Gerne würden auch wir Sie telefonisch oder per E-Mail über Terminänderungen, Besprechungen und anderen Anliegen informieren dürfen.
4. Ich erkläre mich einverstanden, dass eine mögliche Fotodokumentation, die im Verlauf der Therapie erstellt wird, für den Arztbericht, sowie für medizinische Ausbildungszwecke verwendet werden darf.
5. Hiermit bestätige ich, dass ich das ausgelegte Infoblatt zum Datenschutz und zur Datensicherheit in der oralchirurgischen und parodontologischen Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ zur Kenntnis genommen habe. Mir ist bekannt, dass ich dieses Infoblatt auf Wunsch ausgehändigt bekommen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis zur Verarbeitungen erteile, **soweit ich diese nicht oben insgesamt oder teilweise durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen auf der Rückseite →

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen oder Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzens oder Kreislaufs | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niere | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutgerinnungssystems | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedrigen Blutdruck / Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Augenerkrankung / Grünen Star | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafapnoe / eine Schlafmaske | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Tumor-/ Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis? Falls ja, welcher Typ? __ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allgemeine Angaben

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie einen Schwerbehinderten-
ausweis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben Sie Allergien? Ja Neinfalls ja, wogegen?
_____**Sind sonstige Erkrankungen
oder Infektionen bekannt?** Ja Nein**Zu Ihrem Herzen: Haben / hatten
Sie jemals ein / eine / einen...**

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Medikamente: Nehmen Sie...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bisphosphonate (Osteoporose)
(oder jemals eingenommen?) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kortison | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Welche Medikamente nehmen
Sie regelmäßig ein?**

_____Sind Sie Angstpatient? Ja NeinHaben Sie Interesse an einer Narkose
oder Sedierung? Ja NeinKonsumieren Sie regelmäßig Drogen
oder täglich Alkohol? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter