

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____
ja nein Pflegestufe: _____
ja nein Zusatzversicherung?
ja nein Pflichtversichert?
ja nein Besitzen Sie ein Bonusheft?

ja nein Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

- ja nein Leiden Sie an einer Allergie? Wenn ja, welche? _____
- ja nein Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?
- ja nein Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?
- ja nein Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- ja nein Hatten Sie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____
- ja nein Haben Sie Gerinnungsstörungen? Wenn ja, welche: _____
- ja nein Haben Sie einen hohen Blutdruck?
- ja nein niedrigen Blutdruck?
- ja nein Haben Sie Diabetes?
- ja nein Nehmen Sie Bisphosphonate z.B. zur Behandlung von Osteoporose ein?
- ja nein Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
- ja nein Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?
- HIV Hepatitis B Hepatitis C
- ja nein Leiden Sie an Epilepsie?

ja nein Nehmen Sie Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

ja nein Haben Sie eine Nierenerkrankung?
ja nein Leiden Sie unter Migräne?
ja nein Haben Sie grünen Star?
ja nein Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, wann? _____
ja nein Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Woche? _____
ja nein Rauchen Sie?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

ja nein Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung?
ja nein Eine zweite Meinung?
ja nein Eine Überweisung? Wenn ja, von welcher Praxis? _____
ja nein In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
ja nein Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____
ja nein Haben Sie Zahnschmerzen?
ja nein Blutet Ihr Zahnfleisch?
ja nein Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
ja nein Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk?
ja nein Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?
ja nein Besitzen Sie einen Röntgenpass?
ja nein Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

COVID-19-Fagebogen

Patientenname

Datum

1. Bestehen bei Ihnen zur Zeit akute Erkältungssymptome jeder Schwere mit oder ohne Fieber und/oder Verlust des Geruchs-/Geschmackssinns?

Ja Nein

2. Aufenthalt in COVID-19-Risikogebiet gemäß Einstufung des Robert-Koch-Instituts innerhalb der vergangenen 14 Tage?

Ja Nein

Wenn ja: Wurde ein Test vor oder bei der Einreise nach Deutschland auf SARS-CoV-2 durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja: Bitte Testergebnis vorlegen.

3. Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall innerhalb der vergangenen 14 Tage?

Ja Nein

Wenn ja: Wurde durch das Gesundheitsamt eine Quarantäne angeordnet?

Ja Nein

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und sage zu, mich an die Verhaltens- und Hygieneregeln zu halten.

Unterschrift des Patienten

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ ab 25.05.18

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: Gemeinschaftspraxis Dres. Wegstein

Adresse: Rathausstr. 9, 63579 Freigericht

Kontaktdaten: 06055-9380606 / info @dr-wegstein.de

Sie erreichen die zuständigen Datenschutzbeauftragte N. Morbitzer unter:

Name: Nastasia Morbitzer

Anschrift: Rathausstr. 9, 63579 Freigericht

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Patientenfotos, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassen-ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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 anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Patientenname

Unterschrift