
Patient: Name Vorname Geburtsdatum & Ort E-Mail

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon privat Mobil

Versicherter: Name Vorname Geburtsdatum Fax

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon

privat Selbstzahler gesetzlich freiwillig / pflichtvers

Krankenkasse / Krankenversicherung Zusatzvers. (bei gesetzlich Versicherten)

Beruf

Arbeitgeber

Telefon /Telefax

Notfallkontakt (Telefon und/oder E-Mail)

Liegt ein Pflegegrad vor? Falls ja, bitte entsprechend ankreuzen

1 /2 /3 /4 /5

ODER Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII für behinderte Menschen

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

.....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme gemacht?

Laut neuer Röntgenverordnung benötigen wir den Geburtsort des Patienten.....

Raucher/Nichtraucher oder ehemaliger Raucher?

.....

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen?

Was ist das Ziel / die Motivation für die Behandlung in unserer Praxis?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein
Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie künstliche Gelenke oder Schrauben In welchem Jahr fand die OP statt? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie eine OP am Herzen? In welchem Jahr fand die OP statt? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung? = Marcumar oder Pradaxa oder Xarelto oder Eliquis ODER ein anderes Medikament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte angeben: _____		
Asthma, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Allergie oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?.....	<input type="radio"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Angina Pectoris, Infarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis, Lebererkrankungen, HIV, Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Welche?

.....

Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten?

Welche?

Bestehen andere Erkrankungen?

Welche?.....

Möchten Sie an unserem Recallprogramm teilnehmen,
d.h. regelmäßig an die Vereinbarung eines neuen Kontrolltermins erinnert werden?

JA / NEIN

-> Bitte Ihren Wunsch ankreuzen.

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Bitte teilen Sie uns eine eventuell vorliegende Schwangerschaft umgehend mit.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Bei Nichteinhaltung von Terminen, ohne vorherige Absage, werden eventuelle Folgetermine gestrichen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen bzgl. des Gesundheitszustandes und von Medikamenten zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Und ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. Studententarif der Privaten Krankenkassen versichert bin.

Die im Anhang übermittelten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Liebe Patienten:innen, wir möchten Ihnen einen angenehmen Besuch in unserer Praxis bieten.

Dazu gehört auch die sorgfältige Planung Ihrer Termine, damit Sie nicht unnötig warten müssen. Sicher kann es Mal vorkommen, dass Ihnen etwas Unvorhersehbares- Krankheit, Unfall, Notfall - dazwischen kommt.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir dies nur bis zu einem bestimmten Maß tolerieren können - im Interesse unserer anderen Patienten, die auf einen Termin warten und im Interesse unserer Mitarbeiter.

Wir behalten uns daher vor, ein Ausfallhonorar (250 € /Stunde) zu berechnen.

Grünstadt, den _____
Datum Unterschrift

Zahnarztpraxis
Angela & Dirk Säger
Verladeplatz 4
67269 Grünstadt
+49 (0) 6359 2595

Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

am 25. Mai. 2018 sind die Europäische Datenschutzgrundverordnung und das neue Bundesdatenschutzgesetz in Kraft getreten.

Der Schutz der persönlichen Daten von EU-Bürgern wird dadurch gestärkt.

Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir großen besonderen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Die europäische Datenschutzvorschrift verpflichtet uns dennoch, Sie darüber zu informieren, welche Ihrer Daten wir zu welchem Zweck erheben, speichern und weitergeben.

Auf welcher Grundlage erheben wir Ihre Daten?

Die Datenverarbeitung erfolgt entweder aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns zu erfüllen, oder weil Sie der Datenverarbeitung eingewilligt haben. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Ihrer Daten sind zum Beispiel die Europäische Datenschutzverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz und das Sozialgesetzbuch.

Sofern wir für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis benötigen, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben zudem das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten 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.

Welche Ihrer Daten nehmen wir auf?

Beim ersten Kontakt im Quartal wird Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in unser elektronisches Praxisverwaltungssystem (PVS) eingelesen. Bei privat versicherten Patienten werden die Daten beim 1. Besuch manuell erfasst.

Dabei werden folgende personenbezogene Daten erhoben

- Name
- Geburtsdatum und Geschlecht
- Anschrift und Telefon, bzw. Handynummer
- Krankenkasse/Kostenträger, Versicherungsnummer und Versichertenstatus

Im Rahmen der Behandlung erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, planen Therapien, erstellen ggf. Heil- und Kostenpläne oder Arztbriefe und füllen rechtlich vorgegebene Musterformulare für Rezepte, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unser PVS gespeichert werden.

Warum erheben wir Ihre Daten und was geschieht damit?

Wir benötigen Ihre Gesundheitsdaten, um Sie für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, für Ihre Krankenkasse/Ihren Kostenträger oder für weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte nachprüfbar behandeln zu können.

Auch alle Verordnungen/Rezepte sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen zum Beispiel kein Rezept für ein Schmerzmedikament ausstellen oder einen Heil- und Kostenplan erstellen.

Die Datenerhebung ist daher für eine sorgfältige Behandlung zwingend erforderlich.