Liebe Patientin,
Lieber Patient,

Vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeit. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht immer exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir im Voraus um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 48 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unserer Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen.
Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in benötigen wir unbedingt Ihre elektronische Gesundheitskarte. Ansonsten müssen wir Ihnen die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung stellen.
Bitte beantworten Sie die folgenden Angaben, beziehungsweise Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig und vollständig. Sie werden auf jeden Fall vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir benötigen die Angaben zu Ihrer persönlichen Sicherheit. Wenn irgendwie gesundheitliche Risiken bestehen, können wir die Behandlung exakt darauf abstimmen und gegebenenfalls gezielt reagieren. Alle persönlichen Daten die ggf. an Dritte weitergegeben werden unterliegen der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung), dazu werden Sie zu späterer Stelle in diesem Anamnesebogen aufgeklärt.

Patient/in Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße / Hausnummer		
	Postleitzahl / Ort		
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
bei Kindern Erziehungsberechtigter (Zahlungspflichtige/r)	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Straße / Hausnummer		
	Postleitzahl / Ort		
Krankenkasse oder Versicherung Name des Kostenträgers			

Ich bin …

☐ **gesetzlich pflichtversichert**	☐ **privat versichert**	☐ **nicht versichert**	☐ **freiw. gesetzlich versichert**
☐ **privat *Basistarif* versichert**	☐ **zuschussberechtigt** (Sozialamt, Versorgungsamt)	☐ **beihilfeberechtigt**	☐ **privat zusatzversichert**

Bitte wenden

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztliche Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden.
Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse, Ihrer Telefonnummer und Ihres Versicherungsstatus mit!

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma			Bluterkrankung			Leberkrankheiten		
Zuckerkrankheit (Diabetes)			Blutgerinnungs-störung			Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)		
Rheuma			HIV - Infektion			Epilepsie		
Osteoporose			TBC			Schilddrüsen-erkrankung		
Mundtrockenheit			Lockerung der Zähne			Schlechter Geschmack im Mund		
Zahnfleischbluten			Zähneknirschen			Kiefergelenks-schmerzen		
Schnarchen			Rückenschmerzen					

Hausarzt	Name	Anschrift	Telefon

	Ja	Nein		
Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien			wenn ja, welche	

	Ja	Nein		
Herzinfarkt			wenn ja, wann	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente regelmäßig ein?			wenn ja, welches	
Sind Sie auf Endokarditis-Prophylaxe angewiesen?				
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie einen Stent?				

	Ja	Nein
Krebserkrankung		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?		
Erhalten Sie oder haben Sie eine Chemo- bzw. Bestrahlungstherapie erhalten?		

Bitte wenden

	Ja	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Medikamentenliste			

	Ja	Nein		Ja	Nein
Rauchen Sie?			**Sind Sie schwanger?**		
wenn ja, circa wie viel?					

	Ja	Nein		
Liegt / Lag eine Unfallverletzung im Mund- / Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?			Unfalldatum	
			Art der Verletzung	

	Ja	Nein		
Wurde bei Ihnen Zahnersatz angefertigt?			Wenn ja, wann?	
Wurde bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt?			Wenn ja, wann?	

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Wie / Durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	

Sind Sie in den letzten zwei Jahren im Kopfbereich geröntgt worden?	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller meiner hier angegeben Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Falls sich in Terminvereinbarungen, Änderungen oder Fragen aus dem Behandlungsverlauf ergeben, bin ich mit der Klärung auf telefonischem Wege einverstanden. Ich bin mit der schriftlichen Erinnerung oder Erinnerung per SMS und/oder per E-Mail an meinen Vorsorgetermin durch die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Theodora und Benedikt Schreiner einverstanden.

Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/er

Bitte wenden

Informationsblatt gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Lieber Patient,
Liebe Patientin,

aufgrund der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass Ihre Daten in unserem Praxisablauf an Dritte weitergegeben werden. Dies ist zum Beispiel der Fall bei der Abrechnung unserer erbrachten Leistungen, bei der Herstellung von Zahnersatz, bei Gewebeentnahmen und bei der Rechnungslegung. Diese Informationspflicht dient der Datentransparenz und soll Sie umfangreich darüber aufklären wie Ihre persönlichen Daten in unserer Praxis verarbeitet werden.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen	Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Theodora und Benedikt Schreiner Niederrheinallee 368 47506 Neukirchen-Vluyn

Verarbeitungsrahmen

Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Dokumentation der Behandlung (§630a und §630f Abs. 3 BGB).

Die Empfänger der personenbezogenen Daten sind die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Abrechnungsgesellschaft.

Die personenbezogenen Daten werden gespeichert für die Dauer von:
10 Jahren Behandlungsdokumentation (§630f Abs. 3 BGB)

Die betroffene Person ist verpflichtet die personenbezogenen Daten bereitzustellen.
Bei Nichtbereitstellung kann keine Behandlung erfolgen.

Betroffenenrechte

Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Löschung bzw. Einschränkungen (Art. 18 DSGVO) der Verarbeitung oder eines Widerspruchrechtes gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) haben.
Zudem haben Sie das Recht die Einwilligung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen ohne das die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, berührt wird.
Weiter besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 40, 40 102).

Zur Kenntnis genommen am:	**Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/er:**

Bitte wenden