Gesundheitsfragebogen
der Zahnarztpraxis Anja Hilberth

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient : _____
Name Vorname Geb.datum

Versicherter: _____
Name Vorname Geb.datum

Anschrift: _____
Straße / Nr. / Ort E-Mail Adresse

Telefon: _____
privat dienstlich Handy

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____
Name / Anschrift

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja welcher?

_____

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Wenn ja bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten mit.

_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Internet O Werbung REWE O Familie O Bekannte O
Sonstiges O

Wir sind immer 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 Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werdern müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte zum ersten Termin im Quartal in unserer Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten, und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

zutreffendes bitte ankreuzen

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ◯ Wünschen Sie darüber informiert zu werden, was an zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?
- ◯ Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ◯ Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

bitte wenden

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

◯ Zustand nach Infarkt / Verengung der Herzkranzgefäße
◯ Herzinsuffizienz / Muskelentzündung
◯ Rhytmusstörung / Bypassoperation / Herzklappenersatz / Schrittmacher
☐ Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
Marcumar O ASS O Pradaxa O Falithrom O
Xarelto O Sonstiges O

Kreislauf

◯ niedriger Blutdruck
◯ Bluthochdruck
◯ Angina pectoris
◯ Durchblutungsstörungen

Atmungswege/Lunge

◯ Asthma / Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

◯ Magenerkrankung / Darmerkrankung
sonstige: .....

Leber

◯ Hepatitis A / B / C, Art der Erkrankung u. Zeitraum:
.....

Zentrales/Vegetatives Nervensystem

◯ epileptische Anfälle
◯ Kopfschmerzen / Migräne

Stoffwechsel

◯ Zuckerkrankheit
◯ Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

◯ HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
◯ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

◯ Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
◯ Nehmen Sie regelmäßig - Alkohol O oder Drogen O zu sich?
◯ Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?.....
◯ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?.....
◯ Besitzen Sie einen Allergiepass? Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? .....
◯ Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?.....

Körpergröße: **Körpergewicht:**

◯ Sind Sie z.Zt. schwanger oder befinden Sie sich in der Stillzeit?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, daß Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Neuwied, den ..... Unterschrift .....

Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung personen-bezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO	Anja Hilberth Zahnärztin Michaelstr. 21 56567 Neuwied

Patient/in:

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

meiner zahnmedizinischen Behandlung

durch die Praxis zu. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Datenschutzerklärung im Wartezimmer zur Einsicht ausliegt.

Des Weiteren erkläre ich, mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Herstellung von Zahnersatz an das ***Dentallabor der Praxis weitergeleitet*** werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Neuwied, den _____

_____
Patient/in

Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung personen-bezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Anja Hilberth
Zahnärztin
Michaelstr. 21
56567 Neuwied

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den Halbjährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name:	
Adresse:	
E-Mail:	

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service per E-Mail teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Neuwied, den _____

_____
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r