

Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Der nachfolgende Fragebogen dient der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diesen gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! **Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, zögern Sie nicht, unsere Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl/Ort
Telefon / Mobil	E-Mail
Krankenkasse/-versicherung <input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> private Versicherung Name der Versicherung: _____
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet (Website) <input type="checkbox"/> Jameda	
Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an Herz (Herzschrittmacher u.a.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutdruck <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 Blutgerinnung (Blutungsneigung u.a.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lunge (Asthma u. a.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zucker) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Knochenerkrankungen Krankheiten wie Tuberkulose, HIV- Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob- Krankheit u.a.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Allergien (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikamentenunverträglichkeit (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haben Sie Angst vor der Zahnbe- handlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Spritzenreaktionen: Werden Sie ohnmächtig oder wird Ihnen schlecht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gibt es Medikamente, die bei Ihnen nicht gewirkt haben (z.B. Antibiotika) (wenn ja, welche?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere Blutverdünner (Marcumar, Xarelto, Eliquis u.a.), Bisphosphonate zur Osteoporosebehandlung)? (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten
durch das Zahnwerk Drolshagen**

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns 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.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Alexander Wurm.

1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per Mail oder Telefon.
2. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir arbeiten gelegentlich mit einem zahnärztlichen Abrechnungsunternehmen zusammen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Informationsschreiben	In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub. Hierfür werden Sie von uns per Mail angeschrieben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich das Zahnwerk Drolshagen und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Drolshagen,

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter