

Liebe Patientin, lieber Patient,

Allgemeinerkrankungen und die Einnahme von Medikamenten haben oft eine Bedeutung für eine Behandlung beim Zahnarzt. Wir möchten Sie daher bitten, folgende Fragen möglichst genau zu beantworten, um so die jeweils beste Behandlung für Sie ermitteln zu können. Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Anmeldeformular mit Anamnese

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-------------

Kasten bitte nicht ausfüllen

M	F	R	P
---	---	---	---

Kasten bitte nicht ausfüllen

Patient

Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
Straße	Postleitzahl/Ort
Telefon	E-Mail

Versicherter/Zahlungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
---------------	-------------------

Versicherung gesetzliche Versicherung Zusatzversicherung private Versicherung beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Herz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Lunge (Asthma u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Leber (Gelbsucht u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Niere | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Andere | | |

2. Leiden Sie an

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) rheumatischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) entzündlichen/übertragbaren Krankheiten (Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Sonstige Erkrankungen | | |

3. Spritzenreaktionen:

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Werden Sie ohnmächtig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird Ihnen schlecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

4. Besteht eine Schwangerschaft?

- Weiß nicht Ja Monat Nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein?

- Ja Nein

- Wenn ja, welche?
- Bekommen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen, zum Beispiel Bisphosphonate? Ja Nein
- Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? Ja Nein
- Wenn ja, welche?

6. Letzte Röntgenaufnahme, wann?

- Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? Ja Nein

7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite

- Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen? Ja Nein

(* Angabe freiwillig)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privat ZahnArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willig ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung an die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter



Zahnarztpraxis Dr. Dirk Höfer

Große Schulstraße 32

49078 Osnabrück

Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Dr. Höfer und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet.

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztlicher Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behore an die ZahnArztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Patient/in:

Vor- und Nachname	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Behandlung (auch mitbehandelnde Kollegen und Kolleginnen sowie Dental-Labore); Abrechnung; Erinnerungsservice per Post, Telefon (SMS und WhatsApp) oder E-Mail

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).

_____, den _____

Patient/in



Schweigepflichtentbindung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten, Befunden und Röntgenbilder - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Dr. Höfer Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die bei einem anderen Zahnarzt, Hausarzt oder Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin/war, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein vorheriger Zahnarzt Dr. Höfer die für meine Behandlung erforderlichen Daten, Befunde und Röntgenbilder an meinen neuen Zahnarzt, Hausarzt, Facharzt oder anderen Leistungserbringer, bei dem ich jetzt in Behandlung bin, weiterleitet. Mein neuer Zahnarzt, Arzt oder Facharzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift des Patienten