

Patienten-Fragebogen
(bitte vollständig ausfüllen)

.....
Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geschlecht: m | w | d

.....
Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

.....
Telefon (Festnetz) Telefon (mobil)

.....
E-Mail Beruf

.....
Name der Krankenkasse / Versicherung Gesetzlich versichert
 Privat versichert – nicht im Basistarif
 Privat versichert – im Basistarif
 Beihilfeberechtigt

.....
Hausarzt

Ist ein Pflegegrad vorhanden? Ja Nein 1 2 3

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, gibt es einen gesetzlich bestimmten Betreuer oder ist der Patient minderjährig bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Minderjährig
Gesetzlicher Betreuer
Zahlungspflichtiger nicht identisch

.....
Nachname, Vorname Geburtsdatum Geschlecht: m | w | d

.....
Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

.....
Telefon E-Mail

Einverständniserklärung bei der Behandlung:
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder hat der Patient einen gesetzlichen Betreuer, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten oder Betreuers notwendig:

.....
Hilpoltstein, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte wenden





Anamnesebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Infektionserkrankungen:		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Allergien/Unverträglichkeiten:		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Latexallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Weitere Erkrankungen:		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Krebs/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Kopfschmerzen/ Verspannungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schnarchen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Allgemeine Angaben:		
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 0-10 Zig. /Tag <input type="checkbox"/> über 10 Zig. /Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Wenn ja welche: _____		
Osteoporose Therapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Frühere Röntgenuntersuchung im Kopfbereich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Termin: _____
Stillen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Wichtige Informationen:

- Ich informiere Sie über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen.
- Vereinbarte Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich spätestens 24 Stunden vorher ab.
- Ich bin damit einverstanden an die Routineuntersuchung und Termine erinnert zu werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....
Hilfpolstein, Datum Unterschrift: Patient/ Erziehungsberechtigter

.....
Aktualisiert, Datum Unterschrift

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz DS-GVO



Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Mit den nachfolgenden Informationen und Einwilligung können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Art der erhobenen Daten:	<ul style="list-style-type: none">● Patientendaten● Persönliche Angaben (Namen, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)● Versichertendaten● Gesundheitsdaten
Zwecke der Datenverarbeitung & Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:	Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschrufen:
<ul style="list-style-type: none">● Erfüllung des Behandlungsvertrages,● Abrechnung gegenüber der KZVB/ Privaten Krankenversicherung/ Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaften,● Recall-System,● Konzil mit ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen,● Herstellung von Werkstücken im Eigen- und Fremdlabor,● Patientenrechtegesetz.	<ul style="list-style-type: none">● Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630f Abs. 3 BGB für 10 Jahre gespeichert.● Die vorgegebenen Aufbewahrungsfristen der KZVB und den zuständigen Stellen werden berücksichtigt.● Es erfolgt eine automatische Löschung der Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen.
Empfänger der Daten:	<ul style="list-style-type: none">● KZVB● Krankenkassen● Eigen- u. Fremdlabor● Zahnärzte u. Ärzte

Wir haben in unserer Praxis einen **Datenschutzbeauftragten** benannt, diesen können Sie bei Fragen unter unserer **Praxistelefonnummer (09174) 3970**, oder gerne per **E-Mail: info@drrauscher.de** erreichen.

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung nach DS-GVO §17, sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Zahnarztpraxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Ich habe die Information verstanden und bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ich kann zu jederzeit mein Einverständnis zur Verarbeitung meiner Daten, schriftlich widerrufen.

.....
Hilpoltstein, Datum

.....
Unterschrift
Patient/Erziehungsberechtigter