

Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Persönliche Angaben:

weiblich männlich divers

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter bzw. Betreuer)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Nutzen Sie die elektronische Patientenakte (ePA)? | <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |
| | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |
| | <input type="checkbox"/> Basistarif / Standardtarif |

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Hausarzt

Adresse

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt | <input type="checkbox"/> Anzeige | _____ |

Überweisender Arzt

Adresse

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben:

Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche Körperteile und wann?: _____
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche Medikamente und seit wann? _____ _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat? _____
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0 - 10 <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten/Tag
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Pflegegrad (§ 15 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____
Befristung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fristablauf: _____
Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Befristung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fristablauf: _____

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	_____
andere:			_____

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	_____
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
andere:			_____

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	_____
andere:			_____

Weitere Erkrankungen:

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Geistige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____

Genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<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	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
andere:	_____		

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO: Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. **Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein.** Die vollständigen ‚Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten‘ sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich _____, geb. am: _____

wohnhaft in _____ - ein,

dass mein behandelnder Oralchirurg / Zahnarzt **Sebastian Trömel**

die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem Kollegen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personengebundenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfen, Fach- und Laborangestellte).

Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des Patientenberatungsprogrammes genutzt.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Datum, Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter