



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem.§203 der StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.
Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.
Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis **Dr. Guthofer** weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

PATIENTENBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und geben Sie ihn an der Rezeption ab!

Vielen Dank!

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nachname des Versicherten: _____

Vorname des Versicherten: _____

Weiteres Elternteil: _____

Sorgerecht: _____

Geburtsdatum des Versicherten : _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobilfunk _____

gesetzliche Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: _____

Privatversicherung: _____

Standardtarif: Ja/Nein

Basistarif: Ja/Nein

Beruf des Versicherten: _____

Pflegestufe ja/ nein

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um die folgenden Angaben!

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt:

- Herz - u. Kreislauferkrankungen? ja nein
- Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- Infektionskrankheiten(Hepatitis, Aids, Tbc, usw.)? ja nein
- Innere Krankheiten(Leber, Magen-Darm, Schilddrüse, Nieren- bitte unterstreichen)? ja nein
- Zuckererkrankung(Diabetes)? ja nein
- Anfallsleiden/ Krampfleiden(Epilepsie)? ja nein
- Allergien? ja nein
- Wenn ja, auf was? _____
- Medikamente? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Sonstige Erkrankungen? ja nein
- Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name, Anschrift u. Telefon Ihres Hausarztes

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen ja nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung
an Vorsorgetermine? ja nein

Dürfen wir Sie auch per E-Mail an Ihre Termine erinnern? ja nein

Dürfen wir Ihnen die Rechnung per E-Mail zustellen ja nein

Wenn ja, wie lautet Ihre E- Mail Adresse?

Kennen Sie bereits unsere Internetseite
zahnarzt-schwerte.com? ja nein

Hat uns jemand empfohlen? ja nein

Wenn ja, verraten Sie uns wer? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Amalgamentfernung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufhellen der Zähne(Bleaching)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Flouridierung der Zähne? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Karies- und Parodontitisprophylaxe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kiefergelenksbehandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirscher- und Schnarcherschienen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Parodontitisbehandlungen(Zahnfleischbehandlung)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sportschutz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfarbene Füllungen aus Kunststoff oder Keramik? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweise oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass: _____

- ich die Erklärung auf dem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinem Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- Ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch Teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E- Mailrecht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, das mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.
- mir die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis **Dr. Guthofer** zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zu Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können!

Datum, Unterschrift des Patienten

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

**Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei
Nicht- Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten
Behandlungstermins**

zwischen

Dr. U. Guthofer Grünstr. 73b 58239 Schwerte

Zahnarzt

und

Patient/Zahlungspflichtigen

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und hierdurch in der Regel die anderorts vielfach übliche Wartezeit Ihnen erspart bleibt. Das bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen spätestens **24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir, die für Sie vorgesehene Zeit, noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur zur Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertraglichen Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit in Höhe von **60,00 €** für die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Datum,

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger/ bzw. gestzl. Vertreter

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Guthofer

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 Praxis Dr. Guthofer.

1. Recall

2. Abrechnung über externen Dienstleister

3. Informationsschreiben

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 Praxis Dr. Guthofer und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift
