

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### **Patient**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer*
		_____
		E-Mail*
_____	_____	
Krankenkasse	Zusatzversicherung	

### **Versicherter**

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer*

\*freiwillige Angabe

### Allgemein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

### Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in der wievielten Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**

### Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

**Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Osteoporose, Gicht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

Creutzfeld-Jacob-Krankheit und deren Varianten (CJK/vCJK)  ja  nein

MRSA (Krankenhauskeime)  ja  nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

---

### Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Die Informations-Mappe über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im Wartezimmer.

Ich wünsche einen Ausdruck der Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung gemäß Artikel 13, DSGVO.

Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

---

### Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

### **Abtretungsvereinbarung**

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artikel. 6, Absatz 1 Buchstabe a & Artikel 7, DSGVO

**Erinnerungsservice (Recall)**

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
sehr geehrte(r) gesetzliche(r) Patientenvertreter(in),

sofern Sie eine Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall) an die jährlichen  
Kontrolluntersuchungen und weitere Behandlungsarten

- für sich,
- für den von Ihnen vertretenen Patienten

wünschen, benötigen wir zur diesbezüglichen Verarbeitung und Nutzung

- Ihrer personenbezogenen Daten
- der personenbezogenen Daten des von Ihnen vertretenen Patienten

eine schriftliche Einwilligungserklärung von Ihnen.

Name, Vorname (Patient)	Kontaktdaten (Patient)	Recall-Bereich(e)
		<input type="checkbox"/> Vorsorge-/Kontrolluntersuchung (01)
Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)		

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung**

- meiner personenbezogenen Daten
- der personenbezogenen Daten des von mir vertretenen Patienten

**zur Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall) für die vorgenannten Recall-Bereiche ein.**

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3, DS-GVO). 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, DS-GVO).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a & Artikel 7 DS-GVO

**Terminerinnerung**

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
sehr geehrte(r) gesetzliche(r) Patientenvertreter(in),

sofern Sie eine Teilnahme am Terminerinnerungsservice unserer Praxis  
 für sich,

wünschen, benötigen wir zur diesbezüglichen Verarbeitung und Nutzung

Ihrer personenbezogenen Daten

eine Einwilligungserklärung von Ihnen.

Name, Vorname (Patient)	Kontaktdaten (Patient)	Terminerinnerung
		<input type="checkbox"/> telefonisch
Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)		

**Ich willige in die Verarbeitung**

meiner personenbezogenen Daten  
zur Teilnahme am Terminerinnerungsservice ein.

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Hierzu reicht es aus, dass ich meinen Widerruf der Praxis beispielsweise per E-Mail mitteile. 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 S. 2 DS-GVO).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**  
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artikel. 6, Absatz 1 Buchstabe a & Artikel 7, DSGVO

**Patientenfoto**

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
sehr geehrte(r) gesetzliche(r) Patientenvertreter(in),

wir planen die Erstellung (Aufnahme) und Einbindung eines digitalen Fotos (Portraitaufnahme)

von Ihnen

in unsere Praxisverwaltungssoftware und benötigen zur diesbezüglichen Verarbeitung und Nutzung

Ihrer personenbezogenen Daten (Ihres Fotos)

eine schriftliche Einwilligungserklärung von Ihnen.

Name, Vorname (Patient)	Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ihr Foto / das Foto des von Ihnen vertretenen Patienten wird ausschließlich für praxisinterne Zwecke (Speicherung in unserer Praxisverwaltungssoftware) verwendet und **nicht für andere Zwecke** (Außendarstellung der Praxis o.ä.) verwendet.

**Ich willige in die Erstellung (Aufnahme) und Einbindung Verarbeitung und Nutzung**

eines Fotos (Portraitaufnahme) von mir

**zur Einbindung in die Praxisverwaltungssoftware ein.**

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3, DS-GVO). 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, DS-GVO).**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift gesetzlicher Vertreter