



Patienten-Fragebogen & Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Angaben zur Person (Bitte vollständig ausfüllen)

| | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Nachname, Vorname | <input type="text"/> | Telefon (privat/mobil) | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer | <input type="text"/> | Telefon (geschäftlich) | <input type="text"/> |
| Postleitzahl, Ort | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Name der Krankenkasse | <input type="text"/> |

Angaben zum Hausarzt (Bitte vollständig ausfüllen)

| | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Straße, Hausnummer | <input type="text"/> |
| Postleitzahl, Ort | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |

Angaben zur Versicherung (Bitte vollständig ausfüllen)

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> | Privat versichert | <input type="checkbox"/> |
| Privat versichert - im Basistarif | <input type="checkbox"/> | Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> |
| private Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> | | |

- Ich stimme hiermit der Speicherung, Weitergabe und Anforderung meiner personenbezogenen Daten/Röntgenbilder für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.
- Ich willige ein, dass die Praxis mich zum Zweck der Terminvergabe, -änderung oder -bestätigung schriftlich oder telefonisch informieren darf.
- Ich habe die Informationspflicht der Datenschutzerklärung erhalten.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine 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).
- Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Abs. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Datum

Unterschrift

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich!

Herzerkrankungen

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Herzklappenerkrankung/defekt | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Herzoperation | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Herzschrïttmacher | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Endocarditispflichtig | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Allergien/Unvertrãglichkeiten

| | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Lokalanãsthetika | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Schmerzmittel | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Antibiotika | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| andere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Weitere Erkrankungen

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Blutgerinnungsstãrungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Asthma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Schilddrãsenerkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Nierenfunktionsstãrungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Ohnmachtsneigung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Infektionserkrankungen

| | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| HIV | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Hepatitis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tuberkulose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| andere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Allgemeine Angaben

| | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---|--|
| Raucher | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | 0-10 Stãck/Tag <input type="checkbox"/> | über 10 Stãck/Tag <input type="checkbox"/> |
| Regelmãßige Medikamente (ASS, Marcumar, Bisphosphonate) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Seit wann/Name? | |
| Frãhere Rãntgenuntersuchungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Datum/Kãrperteil? | |
| Schwangerschaft | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Welcher Monat? | |
| Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? | | | | |