

# Patienten-Fragebogen

(bitte vollständig ausfüllen)



Irene Künstler  
ZAHNÄRZTIN

Nachname, Vorname (Patient/in) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat/mobil) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

### Gesundheitszustand

### Bitte ankreuzen

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Herzerkrankung  Ja  Nein

#### Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

#### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

#### Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein

Ohnmachtsneigung  Ja  Nein

andere: \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann / Name: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zwecken der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_