

Name, Vorname
Geburtsdatum
Adresse:

Beruf:
Festnetznummer:
Handynummer:
E-Mail:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet: .....  Telefonbuch  im Vorbeigehen  persönliche Empfehlung durch.....  .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!  
Ihre Angaben können für Ihre Zahnbehandlung sehr wichtig sein und werden streng vertraulich behandelt.**

**Haben Sie eine ALLERGIE gegen:**

- Latex  ja  nein  
 Spritzen/Lokalanästhesie (Ultracain)  ja  nein  
 Antibiotika (Penicillin, Clindamycin, Tetracyclin)  ja  nein  
 Schmerzmittel (Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol)  ja  nein  
 Metalle: .....

- Bluten Sie bei Verletzungen länger?**  ja  nein  
**Sind Sie Raucher?**  ja  nein  selten  
**Könnten Sie schwanger sein?**  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

- Wann wurden von Ihren Zähnen Röntgenbilder gemacht?**  
 vor ein paar Tagen  vor Monaten  vor Jahren  noch nie

Lebensmittel: .....  
 ANDERE ALLERGIEN: .....

**Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler/-ersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein  
 Endokarditisrisiko  ja  nein

**Augendruck/grüner Star/Glaukom**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Infektionskrankheit (z.B.MRSA)  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

**Allgemeine Erkrankungen:**

- Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
 Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
 Blutkrankheit  ja  nein  
**Blutgerinnungsstörung**  ja  nein  
 Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
 (frühere) Alkoholabhängigkeit  ja  nein  
 (frühere) Drogenabhängigkeit  ja  nein  
 Nervenerkrankung  ja  nein  
 Nierenerkrankung  ja  nein  
 Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Rheuma/Arthritis  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Organ-/Stammzelltransplantiert  ja  nein

**Andere Erkrankung:**  ja  nein Wenn ja, welche? .....

**Nehmen Sie momentan regelmäßig MEDIKAMENTE ein?**  ja  nein **Haben Sie früher mal regelmäßig Medikamente eingenommen?**  ja  nein

Name des Medikaments:	Wogegen/Wofür:
<input type="checkbox"/> Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Heparin, Clopidogrel, Xarelto):	
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	
<input type="checkbox"/> Cortison:	
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	
<input type="checkbox"/> Andere:	

- Werden Sie wegen Osteoporose behandelt?**  ja  nein  
**Haben Sie schon einmal Bisphosphonate eingenommen?** (z.B. Zometa, Actonel, Alendronat, Diphos)  ja  nein  
**Haben Sie schon einmal eine Bestrahlung am Kopf/Hals bekommen?**  ja  nein  
**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**  ja  nein Wann und Was? .....  
**Haben Sie ein künstliches Gelenk oder eine Endoprothese?**  ja  nein Seit wann? .....

Möchten Sie in Zukunft regelmäßig an anstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?  
 ja  nein  Telefon  SMS  WhatsApp  E-Mail

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den ..... Unterschrift: .....

**Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis**

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

**Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist:**

Dr. Gwendolin Wallner, Südliche Ringstraße 4, 91126 Schwabach, Tel:091222326

**Art der erhobenen Daten:**

Patientendaten: persönliche Angaben (Name, Adresse), Gesundheitsdaten, Versichertendaten

**Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:**

Erfüllung des Behandlungsvertrags, Abrechnung gegenüber der KZVB, Recall-System. Die Rechtsgrundlage ergibt sich z.B. aus Art. 6 Abs. 1 Buchst. B DS-GVO (Erfüllung eines Vertrags)

**Empfänger der Daten:**

KZVB, Krankenkassen, Fremdlabore, konsiliarisch-ärztliche Fachrichtungen

**Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfristen:**

Aufzeichnungen über zahnärztliche Behandlungen (Befundaufnahme, Aufklärungsbögen, Einwilligungen, zahnärztliche Behandlungsdaten, diagnostische Unterlagen, Gutachten, Arztbriefe). Die Speicherung der Daten erfolgt gemäß § 630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre. Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen werden gemäß § 28 Abs. 3 Satz 2 und 3 RöV für 10 Jahre nach der letzten Untersuchung gespeichert. Ausnahme: bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres. Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen: Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen. Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Zahnarztpraxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach. Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

**Ich habe die oben genannten Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

---

Ort	Datum	Name	Unterschrift
-----	-------	------	--------------

**Aufgrund der Coronavirus-Situation müssen wir Ihnen zusätzlich ein paar Fragen stellen:**

- Ist bei Ihnen getestet worden, ob Sie mit dem Coronavirus infiziert sind?  
 Nein  Ja  
 Testergebnis war negativ  Testergebnis war positiv
- Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen engen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus bestätigt oder vermutet ist?  
 Nein  Ja
- Haben Sie im Moment...  
 Husten?  
 Fieber?  
 Schnupfen?  
 Halsschmerzen?

---

Ort,

Datum,

Name, Vorname

Unterschrift