

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen; bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne. Bitte teilen Sie uns etwaige aktuelle Änderungen (z.B. Wohnortwechsel / Änderung der Telefonnummer / Krankenversicherung oder E-Mail) mit.

Patient

Name: geb.:

Vorname: Geburtsort:

Versicherung: freiwillig beihilfeberechtigt

Straße: PLZ/Ort:

Tel.-Nr.: privat (und beruflich)

Handy: E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber :

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

1. Haben oder hatten Sie früher eine der folgenden Krankheiten ?

Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Stoffen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Infarkt, Herzschrittmacher) | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen, veränderte Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht, Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Reaktion auf Spritzen | <input type="checkbox"/> Ohnmachts - oder Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Neurologische Probleme | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche ?

(bitte ggfs. Extrablatt oder Medikamentenplan beifügen)

4. Frauen im gebärfähigen Alter : Besteht eine Schwangerschaft ?

- Nein Ja, in der SSW Ungewiss

5. Hatten Sie in der Vergangenheit einen Unfall im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich, der durch eine Unfallversicherung aufgenommen wurde ?

Wann ? Schulunfall Arbeitsunfall AZ:

6. Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Zuletzt: unbekannt oder noch nie erfolgt

7. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen? Nein Ja

8. Wurden Röntgenaufnahmen in anderen Praxen erstellt?

nein ja, wann? wo?

Ab dem 01. Juli 2018 wurde im §22a SGB V eine Verbesserung der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung geschaffen. Anspruch auf diese gesonderten Leistungen haben alle Versicherten, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten. Daher möchten wir Sie bitten, uns über einen ggfs. festgestellten Pflegegrad oder eine Eingliederungshilfe zu informieren und den Bescheid für unsere Unterlagen vorzulegen.

Pflegegrad Eingliederungshilfe

Ihr Hauptanliegen:

- Akute Zahnschmerzen ? Veränderungen am Zahnfleisch ?
 Probleme am Kiefergelenk ? Kopf- oder Nackenschmerzen ?
 Beratung über: Konzept Gesamtsanierung ?

Mit unserem Recall - Service erinnern wir Sie gerne **per E-Mail** oder **SMS** an Ihre geplanten Vorsorgetermine. Bitte geben Sie uns dazu Ihr Einverständnis durch Angabe Ihrer E-Mail Adresse.

Ja, über E-Mail Adresse: Nein

Datum:

Unterschrift: _____

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Wolfram Billig

Wie Ihnen aus den Medien bekannt ist, müssen wir gemäß DSGVO 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 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 / archiviert, 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. Ihre Daten werden in der Praxis-EDV ohne externe Cloud-Dienste gespeichert.

1. Recall / Terminerinnerung	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie gerne an Ihren nächsten Termin.
2. Datenerhebung und Datenweitergabe	An die weiterbehandelnde Praxis; Vorbehandler; Zusendung der Röntgenbilder; Überweisungsschreiben; Untersuchungen im pathologischen Labor; spezielle Labordiagnostik; Kommunikation online; Therapiepläne
3. Datenerhebung und Datenweitergabe Zahntechnisches Labor	Einholen der Kostenvoranschläge; Arbeitsaufträge; Zusendung der Unterlagen, Modelle, Abdrücke, Fotos
4. Krankenkassen, Gutachter	Weitergabe und Einholen von Informationen, Bonusabfrage; Zusendung von Heil- und Kostenplänen; Röntgenunterlagen; Modelle; Fotos;

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 Herrn Dr. Wolfram Billig und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei dieser neuen Verordnung Änderungen in der Ausübungspraxis in Zukunft, abhängig von den gesetzlichen Vorgaben, vornehmen werden. Bitte beachten Sie dazu auch unsere online bereitgestellten Informationen auf unserer Homepage unter Datenschutz.