



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen im Zahnzentrum Lüneburg! Wir freuen uns, sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns Ihren individuellen Wünschen und Anliegen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen sie den Bogen vollständig und sehr genau aus! Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Herr

Frau

Kind

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße

Nr.:

PLZ:

Ort:

Tel: Privat

Mobil:

Arbeit:

Email:

Beruf:

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

freiwillig versichert

privatversichert

Beihilfe

Zusatzversichert

Mitglied:

selbst versichert

versichert über

Adresse wie oben

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße

Nr.:

PLZ:

Ort:



WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Überweisung / auf Empfehlung von:

Presse/ Anzeige

Gesundheitskompass
Landeszeitung

Internet

Sonstiges

SIE KOMMEN IN UNSERE PRAXIS:

zur Kontrolle

Schmerzbehandlung

Zahnfleischbluten/-rückgang

andere Anliegen:

Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?

ja

nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?

HABEN SIE INTERESSE AN:

Professioneller Zahnreinigung?

ja

nein

Hochwertiger und langlebiger Zahnversorgung?

ja

nein

Regelmäßiger Erinnerung an Ihren nächsten Kontroll- / Zahnreinigungstermin?

ja

nein

Ratenzahlungen bei aufwendigen Versorgung?

ja

nein

GESUNDHEITSANGABEN:

ja

nein

Wenn ja, welche?

Allergien (Latex, Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, ...)

Anfallsleiden (Epilepsie, ...)

Bluterkrankungen

Herzkrankungen (Infarkt, Schrittmacher, Bypass, Stent,
Herzklappenfehler, ...)

Herzklappenersatz

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)

Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, ...)

Schlaganfall

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, ...)

Lungenerkrankungen (Asthma, ...)

Nervenerkrankung / Psychische Erkrankungen

Nierenerkrankung (Dialyse, ...)

Rheuma

Osteoporose

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Schilddrüsenerkrankung



ja nein Wenn ja, welche?

Tumorerkrankungen

Zuckerkrankheit / Diabetes

Gelenkerkrankung (Arthritis / Arthrose)

Weitere Erkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
(falls vorhanden, bitte Medikamentenplan beilegen)

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel pro Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie regelmäßig Drogen?

Ihr behandelnder Arzt / Hausarzt:

Name:

Anschrift:

Tel.:

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie, falls nötig,
per SMS kontaktieren?

ja

nein

Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei einem nicht eingehaltenen oder einem nicht mindestens 24 Std. vor geplantem Behandlungsbeginn abgesagten Termin, dass dafür vorgesehene Zahnarthonorar privat in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass nach Injektionen (örtliche Betäubung), die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann und wir dafür keine Haftung übernehmen!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten - §73 Abs. 1b SGB V

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin einverstanden, dass durch das **ZahnZentrum Lüneburg**, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit Krankenkassen, zur Dokumentation von Arztbriefen und Behandlungsberichten.

Zu diesem Zwecke können Ihre Daten an den überweisenden Arzt und/oder der Krankenkasse weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen der vorstehende genannte Zweck erhobenen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Nachfragen von verschiedenen Behandlungen per SMS oder Telefon stattfinden
- Eingesendete Emails bearbeitet werden.
- Ich bin jederzeit dazu berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligung zu widerrufen.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Den Aushang „Datenschutzerklärung“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten