

**Zahnärztin
Barbara Opperer**

Theresienstraße 5, 94032 Passau, Tel.: 0851 – 2678, www.passau-zahnarzt.de

Anmeldeformular

Angaben zu Ihrer Person:

Titel/Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ / _____ Telefon gesch.: _____ / _____

Mobiltelefon: _____ / _____

Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____ @ _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Student: _____ Welcher Studiengang? _____

Schüler: _____ Welche Schule? _____

Versicherungsverhältnis:

privat versichert bei: _____ gesetzlich versichert bei: _____

evtl. abweichende Rechnungsadresse:

Empfänger: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich komme durch: Zufall Telefonbuch Homepage, Internet,

und/oder: Weiterempfehlung von: _____

Terminverwaltung / Recall / Behandlung

Ich möchte per Telefon / Brief (nicht Zutreffendes bitte streichen) an den Ablauf meines individuellen Prophylaxeintervalls erinnert werden.

Ich möchte eine Betäubungsspritze möglichst immer lieber ohne

Sollten Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt.

Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Ich führe eine moderne Bestellpraxis und bin bemüht, Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns ein Leerlauf anfällt. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 1 Tag im Voraus. Bei nicht abgesagtem Fernbleiben müssen wir den entstandenen Ausfall in Höhe von 40-75 Euro berechnen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Als Ihr Zahnarzt injiziere und verschreibe ich Medikamente, die mit Ihren eventuell vom Hausarzt verordneten Medikamenten unerträglich sind oder deren Wirkung beeinflussen können. Es gibt auch Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen. Ohne Ihre genauen Angaben kann ich Sie nicht mit aller gebotenen Sicherheit behandeln.

Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres behandelnden Hausarztes:

Nehmen Sie fortlaufend Medikamente, wenn ja welche?

	ja	nein
Allergie, gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenüberempfindlichkeit Präparat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung, Hämophilie Marcumar, Heparin, Aspirin, ASS, Plavex regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz,- Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung?: _____		
Diabetes (Blutzuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bakterielle Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer oder Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes (Lippenbläschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, erworbene Immunschwäche (AIDS, HIV, Tuberculose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-, Darm-, Nierenerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankung: _____		
bei Frauen: Schwangerschaft / Monat: _____ stillen Sie noch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der letzten Zeit eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu früheren zahnärztlichen Behandlungen und zum Zustand Ihrer Zähne

Ich war zuletzt _____ beim Zahnarzt

Leiden Sie momentan unter Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? _____ Seit wann? _____

Leiden Sie manchmal / öfters unter Zahnfleischbluten (z.B. nach dem Zähneputzen?) _____

Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack? _____

Wurden Sie schon einmal wegen Parodontose/Parodontitis behandelt? _____

Kennen Sie die regelmäßige professionelle Zahnreinigung? _____

Wenn ja, haben Sie diese schon durchführen lassen? _____

Fühlen Sie sich manchmal eingeschränkt in den Bewegungen Ihres Kiefers? _____

Knackt manchmal Ihr Kiefergelenk? _____ Tut es dann weh? _____

Leiden Sie häufiger unter Verspannungen im Kopf/Hals/Nackenbereich?

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? _____ Hat das eine konkrete Ursache _____

Wann wurde Ihnen zum letzten Mal ein Zahn gezogen? _____ Warum? _____

Wann erhielten Sie Ihre letzte Füllung wegen einer Karies? _____

Was stört Sie am meisten an Ihren Zähnen? _____

Was gefällt Ihnen am besten an Ihren Zähnen? _____

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz? _____

Wie kommen Sie mit Ihrem Zahnersatz zurecht? _____

Würden Sie gerne wieder festsitzenden Zahnersatz bekommen? _____

Würden Sie bei entsprechendem Zahnverlust herausnehmbaren Zahnersatz akzeptieren? _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____

Wenn ja, wissen Sie ob diese eventuell Prophylaxeleistungen übernehmen würde? _____

Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne? _____

Rauchen Sie? _____

Trinken Sie regelmäßig Kaffee oder Tee? _____

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen.

den

.....
Ort

Datum

.....
Unterschrift

Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Krankenversicherungsverhältnis, die allein zum Zwecke der Durchführung des von Ihnen gewünschten Behandlungsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Angaben zu Beruf und Arbeitgeber sind grundsätzlich nicht notwendig und erfolgen freiwillig. Wir erheben weiterhin Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, die für unsere Behandlung relevant sind. Diese Daten und Aufzeichnungen über Ihre Behandlung, diagnostische Unterlagen usw. werden bei uns elektronisch gespeichert.

Datenweitergabe

Ihre Daten werden von uns nicht weitergegeben, außer es ist gesetzlich vorgeschrieben oder Sie stimmen einer Datenweitergabe zu.

Gesetzlich Versicherte/ Patienten mit Arbeitsunfällen: Der Gesetzgeber schreibt eine umfangreiche Datenerfassung, -weitergabe und Auskünfte zum Zwecke der Abrechnung und Prüfung vor. Wir halten uns an den gesetzlichen Rahmen.

Private Krankenversicherungen, Beihilfe: Auskünfte an Kostenträger erfolgen nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Andere Ärzte/ Zahnärzte/ Kliniken: Daten werden außer bei einem medizinischen Notfall nur mit Ihrer Zustimmung weitergegeben, z.B. bei einer Überweisung.

Zahntechnische Labore: Es werden zum Zwecke der Rechnungsstellung Ihr Name und Ihr Vorname übermittelt, ggf. elektronische Bilddateien Ihrer Behandlungssituation. Unsere Partner unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht. Es werden die zur Anfertigung der jeweiligen Arbeit notwendigen Arbeitsunterlagen analog und/oder digital übermittelt (Abformungen, Modelle, etc.).

Inkasso: Prinzipiell werden Ihre Rechnungen von uns erstellt und von unserer Abrechnungsstelle FRH/DRZ (Infoblatt beiliegend) verbucht. Befinden Sie sich mit der Zahlung einer Rechnung schuldhaft im Verzug, so behalten wir uns vor, die notwendigen Daten zu Beitreibung an ein Inkassobüro, einen Anwalt oder an ein Gericht weiterzugeben.

Software-Dienstleister: Zum Zwecke der Wartung unseres Computersystems kann es erforderlich sein, externen Dienstleistern Zugriff auf unser System zu gewähren. Diese Dienstleister wurden von uns zur Geheimhaltung verpflichtet und dürfen Daten aus unserem System nicht speichern oder weitergeben.

Datennutzung zu weiteren Zwecken

Terminreminder: Sie erhalten Sie eine telefonische Terminreminder, wenn Sie dies wünschen.

Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, umfangreiche **Auskunft** zu den, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit uns gegenüber die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln.

Daten, für die eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, insbesondere Behandlungsdaten, können erst nach Ablauf der dafür vorgesehenen Frist gelöscht werden. Der Gesetzgeber schreibt in Deutschland vor, dass Aufzeichnungen über Behandlungen durch uns auch auf Ihren Wunsch nicht geändert werden dürfen.

Passau den, _____

Unterschrift: _____