

**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: \_\_\_\_\_