



Merkblatt für neue Patienten unserer Praxis

Damit für Sie als neue Patienten der erste Besuch bei uns möglichst reibungslos und ohne lange Wartezeit verläuft, bitten wir Sie, folgende anliegende Unterlagen vorab auszufüllen und uns zu übersenden oder zum Termin mitzubringen:

- Anamnesebogen (zweiseitig)
- **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Des Weiteren bitten wir Sie, eventuell bei Ihnen vorhandene Unterlagen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen zusammen vorzulegen:

- **Krankenversichertenkarte**
- **Medikationsplan**
- **Vorhandene Arztbriefe, Befundberichte, Überweisungen, Röntgenbilder etc.**
- **Schwerbehindertenausweis bei Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, falls Verordnung einer Krankenförderung erforderlich ist**
- **Alternativ: Pflegegrad-Bescheid der Pflegekasse, falls Verordnung einer Krankenförderung notwendig ist (möglich erst ab Grad 3)**
- **Zuzahlungsbefreiung für das aktuelle Jahr**

Achtung, Rollstuhlfahrer!

Unsere Praxis verfügt über einen ebenerdigen Zugang zur Praxis von der Hofseite aus (rechts um die Ecke). Nach vorheriger telefonischer Absprache dürfen Sie dort auch parken. Am Hintereingang ist eine Klingel für Rollstuhlfahrer angebracht. Bitte beachten Sie jedoch, dass unsere Praxis über kein behindertengerechtes WC verfügt und auch die Wartezimmerkapazität für Sie begrenzt ist. Wir bemühen uns daher, Sie ohne Wartezeit pünktlich zu Ihrem vereinbarten Termin zu behandeln. Das setzt jedoch auch ein pünktliches Erscheinen zum Termin Ihrerseits voraus. Bei Neuaufnahme bitten wir Sie, einige Tage vor Ihrem Termin von einer Person Ihres Vertrauens die Anmeldung mit allen o.g. Unterlagen für Sie vornehmen zu lassen. Das reduziert den bürokratischen Aufwand gewaltig und wir können uns schneller um Ihr Anliegen kümmern.

Vielen Dank!

Ihre Zahnarztpraxis de Taillez

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß DSGVO

des Patienten/der Patientin: (Patientennummer: 10001)

Name: Dr. Ulf Testkassenpatient
geboren: 11.12.1985
wohnhaft: 34626 Neukirchen , Lessingstr. 2

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Durchführung meiner zahnärztlichen Behandlung sowie der Kommunikation mit mir durch die Zahnarztpraxis de Taillez, Lessingstr. 1, 34626 Neukirchen zu.

Gespeichert werden persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus), Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie, Röntgenbilder, Fotos, ärztlicher Schriftverkehr) sowie vereinbarte Behandlungstermine. Mit Angabe einer Email-Adresse auf dem Anamnesebogen wird einem Schriftverkehr per Email ausdrücklich zugestimmt. Die Lücken im Datenschutz sind mir dabei bekannt und ich nehme sie in Kauf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 DSGVO), wenn nicht die Speicherung der verarbeiteten Daten aus dem Behandlungsverhältnis gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz, der Berufsordnung sowie der Abgabenordnung (Steuer) für 10 bzw. 30 Jahre erfolgen muss.

Mir ist bekannt, das mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO.)

Neukirchen, den 02.10.22

.....
Unterschrift Patient/gesetzl.Vertreter



Persönliche Angaben zum Patienten:

Name Vorname geboren

PLZ Wohnort Straße

Tel. Handy Email

Versicherung Versicherter geboren

Betreuer Name Pflegegrad,SBA

Letzter Zahnarztbesuch war im Jahr wegen

Ich wünsche eine besondere Beratung über

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen umgehend mit. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1. Leiden Sie unter **extremer** Zahnarztangst? Ja Nein

2. Medikamente

2.1 Nehmen Sie regelmäßig (ärztlich verordnete) Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

.....

2.2 Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Xarelto)? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

2.3 Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

3. Allergien (Überempfindlichkeiten)

3.1 Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

3.2 Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja Nein

.....

3.3 Haben Sie eine Penicillinallergie? Ja Nein

Jodallergie? Ja Nein

Latexallergie? Ja Nein

4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
 Wenn ja, welche?.....

Angeborene oder erworbene Herzfehler? Ja Nein
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
Herzoperationen? Ja Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
5. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
Lebererkrankungen (Gelbsucht)? Ja Nein
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Schlaganfall? Ja Nein
Nierenerkrankungen? Ja Nein
Diabetes? Ja Nein
Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
Nervenerkrankungen? Ja Nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein
Grüner Star (Glaukom)? Ja Nein
6. Sonstige Erkrankungen? Ja Nein
 Wenn ja, welche?
7. Verletzungen und chirurgische Besonderheiten
 7.1 Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
 7.2 Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
 7.3 Trat nach einer Zahntfernung eine massive Nachblutung auf? Ja Nein
8. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich?

9. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Monat?.....
10. Name, Anschrift, Telefonnummer des Hausarztes:.....

11. Spielen Sie ein Musik-Blasinstrument? Ja Nein

Ich habe die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis de Taillez gelesen.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift des Patienten