

Fragebogen / Neupatient

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

Ihr körperlicher Zustand, Erkrankungen oder auch Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, die angegebenen Fragen sich sorgfältig durchzulesen und wahrheitsgemäß auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Alle angegebenen Informationen Ihrerseits unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den aktuellen Bestimmungen des Datenschutzes. Dieses Dokument wird daher nur hergenommen, um die Behandlung nach Ihrer gesundheitlichen Situation anzupassen und ist nicht für Dritte bestimmt.

Sind Sie mit den folgenden Angaben nicht zufrieden, dann kontaktieren Sie uns und wir werden Ihnen gerne weiterhelfen.

Name; Vorname

Geburtsdatum

Straße; Hausnummer

Postleitzahl; Ort

Telefon (Festnetz/Mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Name der Krankenkasse/Versicherung

Versicherungsart

gesetzlich

Beihilfeberechtigt

privat – nicht im Basistarif

Zusatzversicherung

privat – im Basistarif

Sie sind nicht der Zahlungs- /Rechnungsempfänger, dann bitte folgende Angaben ausfüllen:

Name; Vorname

Geburtsdatum

Straße; Hausnummer

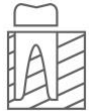
Postleitzahl; Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort; Datum

Erziehungsberechtigter



Angaben zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionserkrankungen:

HIV	Ja	Nein
Hepatitis B	Ja	Nein
Hepatitis C	Ja	Nein
Tuberkulose	Ja	Nein
andere		

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Nierenfunktionsstörungen	Ja	Nein
Magen-/Darmerkrankung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Herz-/Kreislaufprobleme	Ja	Nein
Migräne	Ja	Nein
Prostataerkrankung	Ja	Nein
andere		

Andere gesundheitlichen Risiken Ja Nein

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente	Ja	Nein
Rauchen	Ja	Nein
Drogen	Ja	Nein
Frühere Röntgenuntersuchungen	Ja	Nein
Schwangerschaft	Ja	Nein

Welche? _____

Wieviele? _____

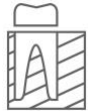
Welche? _____

Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, welcher Monat? _____

Überweisender Arzt – Name; Adresse; Telefonnr. - (wenn vorhanden)

Hausarzt – Name; Adresse; Telefonnr.:



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	Ja	Nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	Ja	Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen?	Ja	Nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	Ja	Nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	Ja	Nein
Fand eine Röntgenuntersuchung in den letzten 12 Monaten statt?	Ja	Nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	Ja	Nein
Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?	Ja	Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet
 - Zeitschriften
 - Bekanntschaft
 - andere:
-

Wollen Sie in den E-Mail-Verteiler aufgenommen werden? Ja Nein

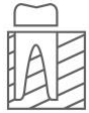
Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle Veränderungen zu informieren.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich hiermit zu.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden haben.

Ort; Datum

Unterschrift Patient (Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)



Datenschutzgrundsatzverordnung

Geschätzter Patient,

Ihre persönlichen Daten waren uns Medizinern schon immer wichtig. Nicht umsonst unterliegen wir Ärzte schon lange einer sehr strengen beruflichen Schweigepflicht. Dies bedeutet, dass ein Arzt grundsätzlich keine Auskunft – an wen auch immer – weitergibt. Natürlich gab und gibt es Ausnahmen, die schon lange gesetzlich geregelt sind.

Datenschützer haben sich nun mit der „Europäischen Datenschutzgrundsatzverordnung“ kurz EU-DSGVO eingebracht. Daher müssen wir Sie bitten, nachstehende Punkte zu beachten und zu unterschreiben:

1 . Datenschutzerklärung

Sie haben die Datenschutzerklärung, die in der Praxis im Wartezimmer ausgehängt ist / ausliegt zur Kenntnis genommen. Für Fragen steht Ihnen unser Team gerne zur Verfügung.

2. Hinweis zum E-Mail-Verkehr

Die Praxis sendet und empfängt E-Mails mit einer Transportwegverschlüsselung (SSL/TLS). Wir empfehlen auch SSL/TLS einzusetzen. Eine Inhaltsverschlüsselung findet nicht statt.

Technologiebedingt kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine E-Mail abgefangen wird. Sie nicht erreicht oder manipuliert wird. Da dies nicht in unserer Macht liegt, können wir keine Haftung übernehmen.

3. Arzt-Patient-Kontakt – Beratung und Befundung

Sind Sie damit einverstanden, dass die Praxis mit Ihnen Kontakt aufnimmt?

Telefon unter Rufnummer(n): _____

Fax unter Faxnummer: _____

E-Mail unter: _____

4. Arzt-Arzt-Kontakt – Behandlungsdaten und Befundung (§73 Abs. 1b SGB V):

Sind Sie damit einverstanden, dass die Praxis Behandlungsdaten, Befunde und Diagnosen bei anderen Sie behandelten Ärzten, Leistungserbringern, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser anfordert bzw. an diese übermittelt?

- JA
 NEIN

per Post per Fax per Telefon per E-Mail

5. Arzt-Labor-Kontakt – Befundung (§73 Abs. 1b SGB V)

Sind Sie damit einverstanden, dass die Praxis Ihren Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Patientennummer zum Zweck der Befundung und Abrechnung an das von uns beauftragte Labor übermittelt?

- JA
 NEIN

Bedenken Sie, dass wir ohne Ihre Einverständnis keine Labordienste anbieten können.

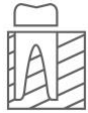
6. Abrechnung

Sie sind darüber informiert, dass wir verpflichtet sind, Abrechnungsdaten bei gesetzlich versicherten Patienten an die KVB zum Zwecke des finanziellen Ausgleichs übermitteln.

Sie sind darüber informiert, dass wir Ihre Abrechnungsdaten so Sie Privatpatient sind an unseren Abrechnungs- und Inkassodienst EOS Health AG übermitteln und erklären sich damit einverstanden.

- JA
 NEIN

Bitte bedenken Sie, dass wir ohne Ihre Einwilligung nicht für Sie tätig werden können.



7. Arztwechsel

Sind Sie damit einverstanden, dass eine Übergabe von Ihren Patientenakten zwischen Ihrem bisherigem Arzt und dem neuen Arzt stattfindet, gleichgültig ob wir Daten anfordern oder Daten übermitteln?

- JA
- NEIN

8. Vertrauensperson

Wenn Sie möchten, dass wir auch Auskünfte Ihren Vertrauenspersonen wie z. B. Ehepartner, Kinder erteilen, so benennen Sie uns diese bitte:

9. Rechte

Selbstverständlich berichtigen wir Ihre Daten, wenn Sie uns auf einen Fehler hinweisen.

Wir löschen Daten nach gesetzlichen Regelungen. Wir sind verpflichtet, Patientenakten 10 Jahre aufzubewahren, in einigen Fällen sogar 30 Jahre wenn Sie geröntgt worden sind.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Patientenname: _____

Patientennr.: _____

BMV-Z § 8 Abs. 4

Solange eine gültige Versicherungskarte / Schein nicht vorgelegt ist, darf der Zahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die gültige Versicherungskarte / Schein innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, so kann über die Versicherungskarte mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Mit Ihnen vereinbarte Behandlungstermine werden von uns für Sie persönliche freigehalten, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Dies betrifft sowohl die zahnärztliche Behandlungen wie auch die Prophylaxe. Bei Terminversäumnissen oder Absagen weniger als 24h vor vereinbartem Behandlungsbeginn behalten wir uns das Recht vor, hier ein angemessenes Ausfallhonorar zu berechnen. Bitte lassen Sie uns daher rechtzeitig wissen, sollten Sie nicht an einem vereinbartem Termin erscheinen können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Angaben und Gesundheitsfragen.

Ort, Datum

Unterschrift