



## Cuestionario / nuevo paciente

Estimado paciente  
Querido paciente,

Su condición física, enfermedades o incluso medicamentos pueden tener un impacto en el tratamiento dental. Por lo tanto, le pedimos que lea las preguntas dadas cuidadosamente y que las complete con sinceridad. Si tiene preguntas, con gusto lo ayudaremos.

Toda la información proporcionada por su parte está sujeta a la confidencialidad médica y las disposiciones actuales sobre protección de datos. Por lo tanto, este documento solo se utiliza para adaptar el tratamiento a su situación de salud y no está destinado a terceros. Si no está satisfecho con la siguiente información, contáctenos y estaremos encantados de ayudarle.

\_\_\_\_\_

Apellido; Nombre de pila

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

La carretera; número de casa

\_\_\_\_\_

Código postal; sitio

\_\_\_\_\_

Teléfono (fijo / móvil)

\_\_\_\_\_

Teléfono de negocios

\_\_\_\_\_

correo electrónico

\_\_\_\_\_

Profesión / empleador

\_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros de salud

### Tipo de seguro

seguro de salud legal

Elegible para ayudar

privado - no en la tarifa básica

Seguro complementario

privado - en la tarifa básica

\_\_\_\_\_

### Si no es el beneficiario / destinatario de la factura, complete la siguiente información:

\_\_\_\_\_

Apellido; Nombre de pila

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

La carretera; número de casa

\_\_\_\_\_

Código postal; sitio

### Declaración de consentimiento para el tratamiento de menores.

Si el paciente aún no ha cumplido los 18 años, se requiere el consentimiento del tutor legal para el tratamiento:

\_\_\_\_\_

Sitio; fecha

\_\_\_\_\_

Guardián legal



**Información sobre su estado de salud actual:**

**Enfermedades cardiovasculares** si no

**Alergias / intolerancias** si no

En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Enfermedades infecciosas:**

VIH si no

Hepatitis B si no

Hepatitis C si no

tuberculosis si no

otro \_\_\_\_\_

**Otras enfermedades:**

Trastornos de la coagulación si no

Asma si no

Epilepsia si no

Diabetes si no

Disfuncion renal si no

Enfermedad gastrointestinal si no

Enfermedad de tiroides si no

Problemas cardiovasculares si no

Migraña si no

Enfermedad de la próstata si no

otro \_\_\_\_\_

**Otros riesgos para la salud** si no \_\_\_\_\_

**Información general:**

Medicación regular si no Cuales? \_\_\_\_\_

Fumar si no Cuántos? \_\_\_\_\_

Drogas si no Cuales? \_\_\_\_\_

Exámenes previos de rayos X si no Si es así cuando? \_\_\_\_\_

el embarazo si no En caso afirmativo, en qué mes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Doctor referente – Apellido; las señas; Número de teléfono. - (si está disponible)

\_\_\_\_\_  
 Médico de familia – Apellido; las señas; Número de teléfono.:



**¿Por qué estás recibiendo tratamiento?**

¿Tienes dolor de muelas?	si	no
¿Tiene algún ruido o dolor en la articulación temporomandibular?	si	no
¿A veces sientes dolor?	si	no
¿Se retira tu encía?	si	no
¿Se te aflojaron los dientes?	si	no
¿Ha tenido un examen de rayos X en los últimos 12 meses?	si	no
¿Desea recibir información sobre dientes artificiales (implantes)?	si	no
¿Le parece un problema la apariencia de sus dientes?	si	no

**¿Cómo te enteraste de nuestra práctica?**

- Internet
- Revistas
- Conocidos
- otro:

---

¿Quieres ser agregado a la lista de distribución de correo electrónico?      si      no

Me comprometo a informar a la práctica inmediatamente de cualquier cambio.

Por la presente consiento el almacenamiento de mis datos personales.

Por la presente confirmo con mi firma que he leído y entendido la información.

---

sitio; fecha

---

Paciente de la firma (Pagador / tutor legal)



## Reglamento general de protección de datos

Querido paciente,

Sus datos personales siempre han sido importantes para nosotros, los profesionales médicos. No en vano, los médicos hemos estado sujetos a una estricta confidencialidad profesional. Esto significa que un médico generalmente no pasa ninguna información a nadie. Por supuesto, hubo y hay excepciones que durante mucho tiempo han sido reguladas por la ley. Los expertos en protección de datos ahora han presentado el GDPR de la UE para abreviar con el "Reglamento General Europeo de Protección de Datos". Por lo tanto, le pedimos que observe y firme los siguientes puntos:

### 1 . Protección de Datos

Ha tomado nota de la declaración de protección de datos, que se publica en la práctica en la sala de espera. Nuestro equipo estará encantado de responder cualquier pregunta que pueda tener.

### 2. Información sobre el tráfico de correo electrónico.

La práctica envía y recibe correos electrónicos con cifrado de ruta de transporte (SSL / TLS). También recomendamos usar SSL / TLS. El cifrado de contenido no tiene lugar.

Debido a la tecnología, no se puede descartar que se intercepte un correo electrónico. No se alcanza ni se manipula. Como esto no está en nuestro poder, no podemos aceptar responsabilidad.

### 3. Contacto médico-paciente: asesoramiento y diagnóstico

¿Estás de acuerdo en que la práctica te contactará?

Teléfono bajo número: \_\_\_\_\_

Fax bajo número de fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico a \_\_\_\_\_

### 4. Contacto médico-médico - datos de tratamiento y diagnóstico (§73 Abs. 1b SGB V):

¿Acepta que la práctica solicita datos de tratamiento, hallazgos y diagnósticos de otros médicos, proveedores de servicios, centros de enfermería, hospitales atendidos o se los transmite?

si

no

por vía postal     por fax     vía teléfono     por correo electrónico

### 5. Contacto médico-laboratorio - diagnóstico (§73 Abs. 1b SGB V)

¿Acepta que la práctica transmite su nombre, nombre, fecha de nacimiento, número de paciente al laboratorio encargado por nosotros para el diagnóstico y la facturación?

si

no

Recuerde que no podemos ofrecer servicios de laboratorio sin su consentimiento.

### 6. Facturación

Se le informa que estamos obligados a enviar datos de facturación para pacientes legalmente asegurados a KVB con el fin de obtener una compensación financiera.

Se le ha informado que transferiremos sus datos de facturación a nuestro servicio de facturación y cobro EOS Health AG para que sea un paciente privado y acepte esto.

si

no



### 7. Cambio de doctor

¿Acepta que se realiza una transferencia de sus archivos de paciente entre su médico anterior y el nuevo médico, independientemente de si solicitamos o transmitimos datos?

- si
- no

### 8. Confidente

Si desea que brindemos información a sus confidentes, como B. Cónyuge, hijos, pónganos un nombre:

---

---

---

### 9. Correcto

Por supuesto, corregiremos sus datos si nos señala un error.

Eliminamos datos de acuerdo con la normativa legal. Estamos obligados a mantener registros de pacientes durante 10 años, en algunos casos incluso 30 años si se le realizó una radiografía.

Lugar, fecha, firma del paciente.

---

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero de paciente.: \_\_\_\_\_

### BMV-Z § 8 párrafo 4

**Mientras no se presente una tarjeta / certificado de seguro válido, el dentista puede solicitar una remuneración privada por el tratamiento. Si la tarjeta / certificado de seguro válido se presenta dentro de los 10 días posteriores al primer reclamo, el seguro de salud legal se puede facturar a través de la tarjeta de seguro.**

**Las citas de tratamiento acordadas con usted se mantendrán gratuitas para que usted pueda garantizar un tratamiento óptimo. Esto se aplica tanto a los tratamientos dentales como a la profilaxis. En caso de citas perdidas o cancelaciones menos de 24 horas antes del inicio acordado del tratamiento, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de cancelación adecuada. Háganos saber a tiempo si no puede presentarse en una fecha acordada.**

Por la presente confirmo la exactitud e integridad de la información anterior y los problemas de salud.

\_\_\_\_\_  
sitio; fecha

\_\_\_\_\_  
firma