

Anmeldeformular

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße und Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherter ☐ Ehegatte ☐ Vater/Mutter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gesundheitsfragebogen:

Die Fragen dienen zur Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie die Fragen gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Helferinnen.

1. Leiden oder litten Sie an Herz- Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? ja ☐ / nein ☐

Wenn ja, unterstreichen Sie diese bitte.

z.B. Bluthochdruck, Zustand nach Herzinfarkt, KHK, Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern), Anlage eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators, Herzklappenersatz, Zustand nach Herz-OP

2. Nierenerkrankungen oder Dialysepflicht? ja ☐ / nein ☐

3. Lungenerkrankungen ja ☐ / nein ☐

z.B. Asthma bronchiale, COPD

4. Blutkrankheiten ja ☐ / nein ☐

z.B. Anämie, Gerinnungsstörungen

5. Zustand nach Schlaganfall, Embolie oder Venenthrombose? ja ☐ / nein ☐

6. Anfallsleiden (Epilepsie)? ja ☐ / nein ☐

7. Infektionskrankheiten? ja ☐ / nein ☐

z.B. Tuberkulose, MRSA, HIV/AIDS, Hepatitis/Gelbsucht, Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)

8. Rheumatische Erkrankungen ja ☐ / nein ☐

z.B. Polyarthritis, Psoriasis, MS o.ä.

9. Stoffwechsel-Erkrankungen ja ☐ / nein ☐

z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose

10. Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts oder der Leber ja ☐ / nein ☐

11. Immundefekte od. sind Sie immunsupprimiert? ja ☐ / nein ☐

z.B. durch Chemotherapie, Medikamente oder angeboren

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja ☐ / nein ☐

Wenn Sie einen Medikamentenplan haben, lassen Sie uns diesen bitte zukommen.

13. Haben Sie Medikamente für den Knochenstoffwechsel eingenommen? ja ☐ / nein ☐

z.B. Bisphosphonate oder Denosumab (Erklärung auf Seite 2)

14. Allergien? Wenn ja, welche? ja ☐ / nein ☐

15. Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? ja ☐ / nein ☐

16. Hatten Sie bereits Herpes oder Aphten? ja ☐ / nein ☐

17. Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom), sonstige Augenerkrankungen? ja ☐ / nein ☐

18. Sind Sie an Parkinson erkrankt? ja ☐ / nein ☐

19. Psychiatrische Erkrankungen? ja ☐ / nein ☐

z.B. Depression, Schizophrenie

20. Leiden Sie unter Schlafapnoe? ja ☐ / nein ☐

(Erklärung auf Seite 2)

21. Sonstige Erkrankungen?

22. Gelenkersatz ja ☐ / nein ☐

z.B. Knie-TEP, Hüft-TEP, etc.

23. Alkohol- oder Drogenabhängigkeit? ja ☐ / nein ☐

24. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele ca.? ja ☐ / nein ☐

25. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja ☐ / nein ☐

26. Leiden Sie an Schwindel? ja ☐ / nein ☐

27. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen im Gesicht, dem Kiefer vor dem oder im Ohr? ja ☐ / nein ☐

28. Schnarchen Sie? ja ☐ / nein ☐

29. Besteht eine Schwangerschaft oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft? ja ☐ / nein ☐

30. Essen Sie viele Citrusfrüchte? ja ☐ / nein ☐

31. Essen Sie viel Obst und Gemüse? ja ☐ / nein ☐

32. Trinken Sie Softdrinks? Wie viel: ja ☐ / nein ☐

33. Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? ja ☐ / nein ☐

34. Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

35. Existieren Zahn/Kiefer-Röntgenbilder aus dem letzten Jahr? ja ☐ / nein ☐

36. Möchten Sie über neue Erkenntnisse im Bereich der Zahnpflege informiert werden? ja ☐ / nein ☐

37. Haben Sie eine Katze (Mitarbeiterschutz)? ja ☐ / nein ☐

38. Würden Sie sich mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden? ja ☐ / nein ☐

39. Wünschen Sie sich eine hellere Zahnfarbe? ja ☐ / nein ☐

40. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen?

gar nicht

sehr

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

41. Wie/Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Zahnmedizinische Aspekte über die Sie gerne aufgeklärt/beraten werden möchten:

Hausarzt/andere Ärzte bei denen Sie in regelmäßiger Behandlung sind:

Bitte beachten Sie die Fragen und Informationen auf der Rückseite

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Wir weisen Sie des Weiteren höflichst daraufhin, dass vereinbarte Termine einzuhalten, bzw. mind. 2 Tage vorher abzusagen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

X

Datum/Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Erläuterungen:

Immunsuppression: Schwächung des Immunsystems durch Medikamente z.B. nach Organtransplantationen, bei bestimmten Krankheiten (Lupus) oder durch eine Chemotherapie. Tritt auch durch bestimmte Krankheiten auf (z.B.: HIV oder Leukämie)

Antiresorptive Medikamente: beeinflussen den Knochenstoffwechsel:

- Bisphosphonate z.B. Alendronsäure, Zoledronsäure (bei Knochenkrebs oder Osteoporose),
- Monoklonale Antikörper z.B. Denosumab
- Angiogenese Hemmstoffen z.B. Bevacizumab

Schlafapnoe:

Erkrankung, bei der die Atmung während des Schlafs wiederholt kurzzeitig aussetzt

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten und Verhalten nach Lokalanästhesie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt. Weiterhin werden im Rahmen der Diagnostik Systeme der Künstlichen Intelligenz (KI) eingesetzt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten sind Dr. Thomas Bruckner sowie Dr. Martin Jahreis, erreichbar unter der Praxisanschrift Eichelgasse 56 a, E-Mail info@bruckner-jahreis.de und Telefonnummer 09342.6370.

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Praxisanschrift Eichelgasse 56 a, E-Mail info@bruckner-jahreis.de und Telefonnummer 09342.6370.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Elektronische Patientenakte ePA:

Wünschen Sie die Speicherung von relevanten zahnmedizinischen Informationen in Ihrer elektronischen Patientenakte?

ja ☐ / nein ☐

Bitte beachten Sie nach der Anästhesie Folgendes: Die Reaktions- bzw. Konzentrationsfähigkeit inklusive der Verkehrstüchtigkeit kann infolge der örtlichen Betäubung als auch der zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein. Unmittelbar nach der Behandlung sollten Sie daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Bitte verzichten Sie auch, solange wie die Betäubung anhält, auf die Nahrungsaufnahme, da ansonsten Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind. Falls bei Ihnen nach dem Nachlassen der Betäubung Missempfindungen oder ein Taubheitsgefühl vorliegen, informieren Sie bitte umgehend Ihren Behandler.

X

Datum/Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters