Prof. Dr. Dhom & Kollegen
Zahnmedizinisches Zentrum

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name | **Vorname** | **Geburtsdatum**

Straße | **PLZ** | **Wohnort** | **Beruf**[1]

Telefon Privat/Mobil | **E-Mail**

○ **selbst versichert** **versichert mit:** ○ **Ehemann** ○ **Ehefrau** ○ **Vater** ○ **Mutter**

Name | **Vorname** | **Geburtsdatum**

Krankenkasse | **Arbeitgeber**[1]

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ○ **Nein** ○ **Ja**

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?[1]

○ **Auf Empfehlung meines Hauszahnarztes** ○ **Auf Empfehlung von Bekannten** ○ **Internet** ○ **Sonstiges**

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz oder Kreislauf ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Lunge ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Blut ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Leber ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Nieren ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Schilddrüse ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Magen-Darm-Trakt ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Gelenken (Rheuma) ..... ○ **Ja** ○ **Nein**

Haben oder hatten Sie jemals ...

Hohen Blutdruck ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Zucker (Diabetes) ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Fallsucht (Epilepsie) ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Gelbsucht (Hepatitis) ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Grünen Star ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Zahnfleischbluten ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Chemobehandlung oder Bestrahlung ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Eine Behandlung mit Bisphosphonaten ..... ○ **Ja** ○ **Nein**

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt »umgefallen«? ... ○ **Ja** ○ **Nein**
Neigen Sie zu Blutungen? ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Sind Sie HIV positiv? ..... ○ **Ja** ○ **Nein**
Konsumieren Sie Drogen? ..... ○ **Ja** ○ **Nein**

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?
○ **Ja** ○ **Nein**

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
○ **Ja** ○ **Nein**

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?
○ **Ja** ○ **Nein**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
○ **Ja** ○ **Nein**

Haben Sie einen Herzschrittmacher?
○ **Ja** ○ **Nein**

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus Wenn ja, weshalb?
○ **Ja** ○ **Nein**

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?
○ **Ja** ○ **Nein**

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?
○ **Ja** ○ **Nein**

Rauchen Sie?
○ **Ja** ○ **Nein**

Hinweis für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:
Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfanges und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Datum | **Unterschrift**

[1] keine Pflichtangabe

→ **Bitte beachten und unterschreiben Sie auch die Informationen auf der Rückseite.**

Prof. Dr. Dhom & Kollegen
Zahnmedizinisches Zentrum

Einwilligungserklärung:

Im Rahmen Ihres Behandlungswunsches werden personenbezogene Daten sowie medizinische Daten erhoben. Mit dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ GmbH und die Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ Nord GmbH Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und speichern darf.

Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig um:

- eine Behandlungsplanung, Umsetzung und Dokumentation, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, zu gewährleisten
- die Kommunikation mit Ihnen sicherzustellen und Sie zu informieren
- die kaufmännische Vertragsabwicklung zu gewährleisten
- die Sie behandelnden Zahnärztinnen/Zahnärzte, Fachzahnärztinnen/Fachzahnärzte für Oralchirurgie sowie das mit uns kooperierende Anästhesieteam (Apollonia Kurpfalzklinik GmbH) zu informieren
- die Vertragsabwicklung mit den externen Dentallaboren zu sichern

Ihre Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet und gespeichert. Zur Erreichung des Verarbeitungszweckes verarbeiten wir die folgenden personenbezogenen Daten:

- Anamnesebogen (Stammdaten und Gesundheitsdaten)
- Patientendokumentation (inkl. Fotodokumentation, Befunde, ggf. Röntgenbilder sowie OP-Berichte)
- Risikoaufklärung

Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde an vorgenannte Stellen und Kooperationspartner darf auch per E-Mail über das Internet über eine gesicherte Verbindung erfolgen und dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation entsprechend den gesetzlichen Vorschriften.

Ich bin damit einverstanden, dass die Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ GmbH

- meine bei meinem Hauszahnarzt oder sonstigem Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann
- mich sowohl ☐ telefonisch sowie ☐ per E-Mail und ☐ per Post zwecks Informationen zu Behandlungen der Praxis Prof. Dr. Dhom & Kollegen kontaktieren kann.

Die Daten werden aufgrund meiner freien Entscheidung erhoben und gespeichert.
Die aktuellen Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.
Mir ist bekannt, dass ich die aktuellen Datenschutzbestimmungen unter:
www.prof-dhom.de/datenschutzbestimmungen jederzeit ansehen kann.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zu der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO jederzeit schriftlich per E-Mail, Fax oder Brief für die Zukunft widerrufen und verlangen kann, dass meine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden, sofern die Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ GmbH nicht durch gesetzliche Regelungen zur Speicherung verpflichtet ist.

Datum

Unterschrift
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)