



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
Telefon Mobil	Telefon geschäftlich*	Beruf*

selbst versichert versichert mit Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Krankenkasse	Arbeitgeber*
---------------------	---------------------

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Nein Ja, _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*

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
- 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

Das Folgende gilt 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 Umfangs 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
--------------	---------------------

*keine Pflichtangabe



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



Einwilligungserklärung:

Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ GmbH

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 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 Kurpfalzlinik 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 Behandlung und Information über andere Angebote der Prof. Dr. Dhom & Kollegen MVZ GmbH kontaktieren darf

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)