

Zahnärztliche Praxis • Dr. Sven Heintz

Liebe Patientin, lieber Patient,

für ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Patient: **geb. am:** **in:**
Versicherter: **geb. am:**
Anschrift:
Telefon: **E-Mail:**
Beruf:
Arbeitgeber:
Versicherung: **Ort:** **PKV Basistarif ?** ja nein
Hausarzt:

1. Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - a) Asthma (**schwere Atemnot**) ja nein
 - b) Allergien ggf. welche? ja nein
 - c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
Welche?
 - d) Blutdruck (ggf. Werte) zu niedrig normal zu hoch
 - e) Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen ja nein
ggf. wann?
 - f) Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis ja nein
ggf. wann?
 - g) Zuckerkrankheit-Diabetes ja nein
 - h) Rheuma ja nein
 - i) Bluterkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
HIV-Infektionen ja nein
TBC ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?(Zähne).....
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Welche?
5. Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
6. Sonstige Angaben/Erkrankungen, die nach Meinung des Patienten von Bedeutung sind:

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 – 6 Stunden beeinträchtigt sein kann!

Bitte beachten Sie, dass vereinbarte Behandlungstermine, die nicht wahrgenommen werden können rechtzeitig (24 h) vorher abgesagt werden, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Kosten berechnen

Datum: Unterschrift.....

Bitte die Rückseite beachten

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck:

Zahnärztliche Befundung und Therapie, sowie Abrechnung der Leistungsdaten

durch die Praxis zu.

Datum: Unterschrift.....

Haben Sie auch Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch?

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck:

Recall - System

durch die Praxis zu.

Datum: Unterschrift.....

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Dr. Sven Heintz