

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Gern möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Da wir eine reine Bestellpraxis führen, bitten wir Sie um ggf. anfallende Ausfallgebühren zu vermeiden, uns bei absehbaren Terminproblemen uns 24h vorher abzusagen.

### Angaben Patient:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Angaben des Hauptversicherten (falls abweichend):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- gesetzlich versichert ( \_\_\_\_\_ )      Zusatzversicherung  
 privat versichert ( \_\_\_\_\_ )      Beihilfeberechtigt      Basistarif  
 befinden Sie sich derzeit in stationärer Behandlung      ja      nein

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Beruf\* \_\_\_\_\_

Email\* \_\_\_\_\_

Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung (durch \_\_\_\_\_)      Werbung  
 sonstiges \_\_\_\_\_      Internet

### Fragen um den Zahn

- |   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Neigt Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen zur Blutung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches und worauf legen Sie bei Ihrer Behandlung besonderen Wert?

---

**Ich bin mit der Kontaktaufnahme über Email einverstanden:** J / N

**Ich würde gerne an meine Kontrolltermine erinnert werden** J / N

**Ich bin bei Bedarf mit einer Fotodokumentation einverstanden, inklusive der Übermittlung an unseren Zahntechniker:** J / N

**Nur für Frauen zu beantworten / Sind Sie schwanger?** J / N

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / gerichtlicher Betreuer

Bitte wenden



### Fragen zum Gesundheitszustand

Hatten Sie jemals medizinische Probleme oder Komplikationen während zahnmedizinischer Behandlungen oder nach Einnahme von Medikamenten?

J / N

Wenn ja: Art der Komplikation \_\_\_\_\_

Hatten Sie je eine allergische Reaktion, wenn ja auf was? \_\_\_\_\_

J / N

Haben Sie Probleme mit dem Herzen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

J / N

Haben Sie Diabetes (Blutzucker) \_\_\_\_\_

J / N

Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung? \_\_\_\_\_

J / N

Leiden Sie unter einem Anfallsleiden, wenn ja an welchem? \_\_\_\_\_

J / N

Hatten Sie jemals eine Tumorerkrankung \_\_\_\_\_

J / N

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tbc, etc) \_\_\_\_\_

J / N

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen? \_\_\_\_\_

J / N

### Benutzen Sie zurzeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente? Wenn ja:

Bisphosphonate (als Tablette / Infusion ) ..... J / N

Herzmedikamente..... J / N

Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung ..... J / N

(Xarelto, Marcumar, ASS)

Gegen hohen Blutdruck?..... J / N

Medikamente gegen Transplantatabstoßung?..... J / N

Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen?..... J / N

Gegen Diabetes (Blutzucker)..... J / N

Sonstige Medikamente.....

### **Datenschutzerklärung gemäß §73 Abs. 1b SGB**

Gemäß der EU-Datenschutzverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis „Dr. Raab & Raab“ Daten zur persönlichen Identifikation, Gesundheits- und Behandlungs- und Versicherungsdaten erhebt, elektronisch speichert und weiterleitet.  
*Rechtsgrundlage: Art. 9 Abs2 DSGVO in Verbindung mit §22 Bas.1 Nr.1b) Bundesdatenschutzgesetz*

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung und gesetzlich erforderlich ist.

Die Einwilligung umfasst folgende Punkte

- Datenübermittlung an weiterbehandelnde medizinische Einrichtungen, Physiotherapeuten, Logopäden, Apotheken und Dentallabore, in dem ausschließlich für Ihre Behandlung notwendigen Rahmen
- Aushändigung von Rezepten, Überweisungen und Bescheinigungen an die in Ihrem Namen beauftragten Personen
- Verarbeitung Ihrer Daten nach steuerlichen Vorgaben durch das Steuerbüro
- Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung über Ihre Krankenversicherung und der zuständigen KZV

Sie haben den Anspruch auf Löschung, Auskunft oder Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten, ferner das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.