



Alle nachfolgenden und im weiteren Behandlungsverlauf abgegebenen Informationen unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DGSVO) und werden daher streng vertraulich behandelt.

Infos dazu liegen im Wartezimmer aus unter Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Patient: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

PLZ – Wohnort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. gesch. \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ Mitglied  Beihilfe  freiwillig versichert  Zusatzversicherung

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Überwiesen / Empfohlen von \_\_\_\_\_

**Wir benötigen folgende Angaben, um die zahnärztliche Behandlung durchführen zu können.**

Allergische Reaktionen  Allergiepass  Herzpass

**Möchten Sie, dass bei Ihnen vor Behandlungsbeginn ein Allergietest auf zahnärztliche Materialien durchgeführt wird?** Ja  Nein

Herz/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Leberbeschw.	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, HIV o. Tbc	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie bei Verletzungen zu stärkeren Blutungen?	<input type="checkbox"/>

Vertragen Sie alle Lebensmittel? Ja  Nein

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Wurden bereits operative Eingriffe durchgeführt? Welche / Wann?**

Mandeln, Polypen  Kieferhöhle  Blinddarm  Unterleib  Schilddrüse  Galle  andere

Unfälle \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein

Wurde / wird bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kieferbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer **Zahnstellung** Ja  Nein  **Zahnfarbe** Ja  Nein  zufrieden?

**Ich bin über eine private Rechnungsstellung informiert, wenn die KV-Karte nicht binnen 10 Tagen nachgereicht wird.**

**Bitte sagen Sie vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher ab, die nicht genutzte Zeit kann Ihnen sonst lt. BGB § 615 in Rechnung gestellt werden.**

## Einwilligungserklärung :

Ich möchte an die Notwendigkeit einer **Kontrolluntersuchung** erinnert werden. **E-Mail**  **Telefon**  **Nein**

Ich möchte **an meine Termine erinnert** werden : **E-Mail**  **Telefon**  **Nein**

Ich möchte im Wartezimmer **mit Namen** aufgeufen werden: **Ja**  **Nein**

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligungen freiwillig und jederzeit widerruflich sind. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werde ich keine Mitteilungen oder Informationen oder nur noch auf bestimmten Übermittlungswegen erhalten. Die vom Widerruf betroffenen Daten werden unverzüglich gelöscht. Der Widerruf ist schriftlich oder per E-Mail zu richten an:

Praxis für Umwelt-ZahnMedizin Sabine Thiemann oder [kontakt@zahnarztpraxis-muenchen-sendling.de](mailto:kontakt@zahnarztpraxis-muenchen-sendling.de).

Die angegebenen Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung ausschließlich für die angegebenen Zwecke gespeichert, verarbeitet und genutzt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

## Datenschutz gemäß BDSG und DSGVO:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass gemäß BDSG und DSGVO (Datenschutzbestimmung) alle von mir angegebenen persönliche Daten durch die Praxis für Umwelt-ZahnMedizin Sabine Thiemann zur Kontaktaufnahme und Kommunikation und im Rahmen der Behandlung gespeichert werden dürfen.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass die über mich gespeicherten personenbezogenen Daten im Einzelfall an Dritte weitergegeben werden dürfen, wenn die Praxis gesetzlich dazu verpflichtet ist (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, KZVB), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist (bspw. Dentallabore, medizinische Labore, Steuerberater, Rechtsanwalt, Finanzamt, IT-Dienstleister), zur weiteren Behandlung notwendig ist (bspw. Anforderung benötigter Behandlungsdaten und Befunde von einem Facharzt, anderen Zahnarzt oder einem anderen Leistungsträger) oder ich in die Weitergabe eingewilligt habe.

Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von mir bewilligten Umfang.

Außerdem erteile ich mein Einverständnis, dass die Praxis für Umwelt-ZahnMedizin Sabine Thiemann benötigte Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, anderen Zahnarzt oder einem anderen Leistungsträger vorliegen.

Diese Informationen dürfen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.

Davon ausgeschlossen ist die Weitergabe von Dritten angeforderten persönlichen Daten jeder Art ohne meine ausdrückliche Einwilligung!

Im Falle einer Anforderung/Weiterleitung von Befunden per Email wurde ich darüber informiert, dass die Übermittlung verschlüsselt erfolgen, es aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die Email mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter