

Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert.** Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder an ihren Zahnarzt, Patientendaten für Behandlungen in Sedierung oder Daten für das Labor zur Untersuchung von histologischen Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an. Vielen Dank!

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Festnetz (privat)	Festnetz (geschäftlich)	Mobil
<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
E-Mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf	Arbeitgeber	

Angaben zu Ihrer Versicherung

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie *freiwillig* versichert? Ja Nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Sind Sie **beihilfeberechtigt**? (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche) Ja Nein

Haben Sie **Spezialtarife** oder Zusatzabkommen? Ja Nein

(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

Mitversichert bei (wenn mitversichert, z.B. bei Kindern, Studenten):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Ja Nein

Falls nein:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl	Stadt

Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Ihr Hausarzt.....
 2. Nehmen sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?..... Ja Nein
Wenn ja, Welche?.....
 4. Spezielle Medikamente
 - Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!)..... Ja Nein
 - Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)..... Ja Nein
 - Schmerzmittel..... Ja Nein
 - Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr..... Ja Nein
 5. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?..... Ja Nein
- Hatten Sie jemals:**
6. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?..... Ja Nein
(z.B. Jod, Penicillin etc.)?
 7. Haben Sie Asthma, Heuschnupfen oder Allergien? (Bitte ankreuzen)..... Nein
 8. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen? Ja Nein
(z.B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzkappenersatz-, Infektionen)?
 9. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen?..... Ja Nein
 10. Lebererkrankungen..... Ja Nein
(z.B. Gelbsucht)?
 11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?..... Ja Nein
 12. Atemwegserkrankungen?..... Ja Nein
 13. Nierenerkrankungen?..... Ja Nein
 14. Infektiöse Erkrankungen?..... Ja Nein
(z.B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?
 15. Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?..... Ja Nein
 16. Schilddrüsenprobleme?..... Ja Nein
 17. Epileptische Anfälle?..... Ja Nein
 18. Rauchen Sie?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?.....
 19. Trinken Sie Alkohol?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Einheiten pro Woche (1 Glas Bier/Wein ist eine Einheit)?.....
 20. Nehmen Sie Drogen?..... Ja Nein
 21. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?..... Ja Nein
Wenn ja, welche Woche?.....
 22. Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?..... Ja Nein

Zahnmedizinische Anamnese

1. Wurden Sie die letzten 2 Jahre zahnärztlich geröntgt?..... Ja Nein
2. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
3. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
4. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?..... Ja Nein
5. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Ja Nein
Wenn ja, was? _____
6. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder
Gesichtsbereich?..... Ja Nein
7. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals-, oder Schulterschmerzen?..... Ja Nein

Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches bei uns ?

Haben Sie spezielle Wünsche an uns?

- Prophylaxe
- Zahnsanierung
- Schientherapie/Funktionsanalyse
- Implantate
- Ästhetik
- Halitosis (Mundgeruch) etc.
- Angsttherapie

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Zeitung Google www.zahnärzte-münchen.de(Website) Bing Facebook Instagram
 jameda Ärzteportal YouTube www.muenchen.de (Stadtportal der Stadt München) Andere

Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Sie regelmäßig an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Mundhygieneterminale / Recall erinnern.
- **Bitte wählen Sie, wie Sie für den Recall erinnert werden möchten:**
SMS Email Anruf Keine Erinnerung
- Wir sind eine reine Bestellpraxis, Sie müssen bei uns keinerlei oder nur geringste Wartezeiten in Kauf nehmen. Sagen Sie einen für Sie reservierten Termin an einem Werktag (Mo-Fr) nicht mindestens 24 Stunden vorher ab, so müssen wir Ihnen deshalb unseren Honorarausfall berechnen, der in der Regel mindestens 75,00 € je angefangene halbe Stunde beträgt, es sei denn, die verspätete Terminabsage erfolgte unverschuldet.
Wir versenden mindestens 36 Stunden vor Ihrem Termin eine Erinnerungs-SMS, die sie jedoch nicht beantworten können. Sie müssen in der Praxis anrufen, um einen Termin abzusagen (Tel. 089 571 544).
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter.
- Ich versichere hiermit, dass die von mir gegebenen Informationen korrekt sind. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten, inklusive Röntgenbildern und Photographien und deren Kopien und Reproduktionen für wissenschaftliche Zwecke verwendet und an unser medizinisches Personal und medizinische Kollegen, **Versicherungen und Inkasso Unternehmen auf Anfrage weitergeleitet werden dürfen.**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

München, den

Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte/r Patient/in,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Julia Dorfmeister

Praxisname:

Harder& Mehl Praxisklinik

Adresse:

Volkartstr.5, 80634 München

Kontaktdaten: 089 571 544, info@hardermehl.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Name: Julia Dorfmeister

Anschrift: Volkartstr.5, 80634 München

Kontaktdaten: 089 571 544, julia.dorfmeister@hardermehl.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen

ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 27

91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam Harder&Mehl

Unterschrift Patient/in