

Anmeldebogen mit Anamnese

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten uns möglichst viel Zeit für Ihre Beratung und für Ihre Behandlung nehmen. Sie helfen uns bei der Praxisorganisation sehr, wenn Sie uns vorab Ihre persönlichen Daten mitteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Ihr Praxisteam Dr. Troeger

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ / Geburtsort: _____

Adresse/PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Mobil: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____ (ggf. erforderlich für Terminverschiebungen)

Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsanschrift ist Versichertenanschrift s.o.

abweichende Rechnungsanschrift: Name: _____

Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Anamnese:

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Haben Sie einen Bluthochdruck (Hypertonie)? ja / nein

Haben Sie einen niedrigen Blutdruck (Hypotonie)? ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen bzw. nehmen Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Brauchen Sie eine Endokarditisprophylaxe (z.B. nach einer Herzklappen-OP) ja / nein

Sind Sie HIV positiv? ja / nein

Haben oder hatten Sie Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)? ja / nein

Haben Sie Allergien? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein

Haben Sie Diabetes (Zucker)? ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein

Haben Sie Osteoporose? ja / nein

Hatten Sie eine Tumorerkrankung? ja / nein

Fand bei Ihnen eine Bestrahlung oder Bisphosphonatmedikation statt? ja / nein

Sind Sie Raucher? ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche ja / nein

Fanden frühere Parodontitis- /Parodontose- Behandlungen statt? ja / nein

Wurde bei Ihnen eine Professionelle Zahnreinigung bzw. Individualprophylaxe durchgeführt? ja / nein

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein

Haben Sie ein besonderes Problem mit Ihren Zähnen, oder einen besonderen Behandlungswunsch?

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Änderungen in Bezug auf Versicherung und Gesundheitszustand werde ich umgehend mitteilen.

Überlingen, den _____

Unterschrift

Ich habe die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten erhalten, zur Kenntnis genommen und bin mit der Erhebung einverstanden. Ich habe das Recht das Einverständnis zu widerrufen.

Überlingen, den _____

Unterschrift

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Florian Troeger, erreichbar unter der Praxisanschrift, rezeption@dr-troeger.de und der Telefonnummer +49 7551 5976.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Der Patient ist mit einer vereinbarten Terminerinnerung postalisch, per E-mail oder durch einen Telefonanruf einverstanden (Patienten Recall)

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihre Praxisteam Dr. Troeger