

**PATIENTENERHEBUNGSBOGEN**

**PERSÖNLICHES**

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Strasse ..... PLZ / Wohnort .....

Telefon Festnetz ..... Mobil .....

E-Mail .....

**VERSICHERUNG**

- Gesetzlich versichert       Gesetzlich versichert & Zusatzversicherung  
 Privat versichert       Privat versichert & Beihilfe berechtigt

Name der Krankenkasse .....

**BITTE ERGÄNZEN SIE SOFERN PATIENT UND HAUPTVERSICHERTER NICHT IDENTISCH SIND**

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Strasse ..... PLZ / Wohnort .....

**WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?**

- Persönliche Empfehlung     Google     Jameda     Wohnortnähe/Praxis liegt auf dem Weg  
 Sonstiges .....

**HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN**

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe vor chirurgischen Eingriffen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (letzter HbA1c Wert .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche .....		

**Infektionskrankheiten**       ja     nein

HIV  
 Hepatitis  
 Tuberkulose  
 Sonstige .....

**Allergien**       ja     nein

Anästhetika  
 Antibiotika  
 Metalle  
 Sonstige .....

**BITTE WENDEN!**

**ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN**

Nehmen Sie **MEDIKAMENTE** ein? ja nein

Wenn ja, welche? (Name des Medikaments)

- Blutdruckmedikamente .....
- Schmerzmittel .....
- Cortison .....
- Schmerzmittel .....
- Antidepressiva .....
- Blutverdünnende Mittel .....
- Bisphosphonate .....
- Sonstige .....

Konsumieren Sie übermäßig viel **Alkohol**?  ja  nein

Nehmen Sie **Drogen**?

**Rauchen** Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

- weniger als 10  mehr als 10

Neigen Sie zu **Ohnmacht**?

Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**?   Wenn ja, welche Woche .....

**FRAGEN ZUR MUNDSITUATION**

Haben Sie Angst vor der Behandlung?  ja  nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe oder Form Ihrer Zähne unzufrieden?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?

Hatten Sie eine Zahnspange?

Wurden in den vergangenen 6 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen

bei Ihnen angefertigt? Wenn ja, wo? .....

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der **Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)** ein. Die [Patienteninformation zur DSGVO](#) wurde mir ausgehändigt.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das **Recall-/Terminerinnerungs-System** einverstanden.

**Die Terminerinnerung möchte ich erhalten:**  per email  per Post

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

## **NEUE Datenschutz Grundverordnung – DSGVO ab 25.05.2018 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 der Praxisinhaber, Herr Dr. Thilo Bräter, erreichbar unter der Praxisanschrift : Handschuhsheimer Landstr. 42, 69121 Heidelberg, Telefon (0 62 21 ) 40 85 40 email: [info@zahnarzt-dr-braeter.de](mailto:info@zahnarzt-dr-braeter.de).

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.

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 Praxis Dr. med. dent. Thilo Bräter