



WHITE WAYS

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE MÜNCHEN

ANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Gesundheit, ein strahlendes Lächeln und Vitalität sind das höchste Gut des Menschen.

Unser Ziel ist, Ihnen diese zu erhalten oder wiederherzustellen. Dafür benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, so können wir uns Ihnen noch gezielter widmen und auf Ihre spezielle Situation eingehen.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon Tagsüber E-Mail

Beruf Arbeitgeber

VERSICHERUNG

Krankenkasse Versicherungsnummer

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfe

Pflegestufe/Eingliederungshilfe

Haben Sie eine Behinderung oder einen Pflegegrad ?

ja nein

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Besondere Wünsche bei der Beratung bzw. Behandlung?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja, welche nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja, welche nein

Besteht bei Ihnen eine Allergie (z. B. auf Metalle, Medikamente)?

ja, welche nein

LEIDEN SIE AN EINER DER UNTENSTEHENDEN AUFGEFÜHRTEN ERKRANKUNGEN?

- Herzschwäche
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Zustand nach Herzinfarkt
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck/Ohnmacht
- Osteoporose
- Diabetes
- Magen- und Darmerkrankungen
- Herzschrittmacher
- Sonstige Erkrankungen: _____
- Hirnhautentzündung
- Zustand nach Schlaganfall
- Schilddrüsenerkrankung
- Leberentzündung/Hepatitis
- Epileptiforme Anfälle
- Tuberkulose
- HIV
- Erhöhte Blutungsneigung
- Nierenerkrankung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? ja, welche? _____ nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? ja, welche, wo? _____ nein

Dürfen wir diese telefonisch anfordern? ja nein

Sie haben einen Röntgenpass? ja nein

Falls ja, bitte jedes Röntgenbild eintragen lassen.

Unsere digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis!

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? ja, welche SSW? _____ nein

Rauchen Sie? wenn ja, wie viele pro Tag? _____ nein

UNSER SERVICE FÜR SIE

Möchten Sie rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

halbjährlich jährlich per Telefon per E-Mail per SMS

Dieser Service ist natürlich für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

VEREINBARUNG

Wir sind eine Bestellpraxis und sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Unser Anspruch ist es, für unsere Patienten immer ausreichend Zeit einzuplanen.

Sollten Sie Ihre geplanten Termine nicht wahrnehmen, ohne uns darüber mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Sollten wir in der vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandeln können, sind wir berechtigt, Ihnen das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z. B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrstüchtigkeit.

Datum

Unterschrift Patient



WHITE WAYS

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE MÜNCHEN

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, 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.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

WHITE WAYS • Ästhetische Zahnheilkunde München

Lindwurmstr. 151 • 80337 München

T. 089 - 77 47 43

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, Therapievorschlüsse 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.

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.

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 Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam

Unterschrift _____