Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

_____ _____ _____
Nachname, Vorname (Patient) Geburtsdatum Geburtsort

_____ _____
Nachname, Vorname (Versicherter/gesetzl. Vertreter (falls abweichend)) Geburtsdatum

_____
Adresse (Straße, PLZ, Ort)

_____ _____
Name der Versicherung Name der Zahnzusatzversicherung (sofern vorhanden)

_____ _____ _____
Telefon privat Handynummer E-Mail Adresse

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass Sie bzw. mit welchen Verarbeitungen Ihrer Daten Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon unabhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung zu widerrufen. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

1. Gerne informieren wir Ihrem/r Hauszahnarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt oder Hausarzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hauszahnarzt bzw. überweisendem Arzt und Hausarzt zu nennen, sofern Sie mit einer Übersendung von Berichten und Röntgenbildern einverstanden sind.

   Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

   Kieferorthopäde: _____

2. Ich willige ein, dass Behandlungsdaten, Diagnosen und/ oder Röntgenbilder bei den oben genannten Ärzten von der Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ angefordert werden dürfen. Alle per EDV übermittelten Daten, wie z.B. Ihre Röntgenbilder, werden ausschließlich verschlüsselt übermittelt.

3. Zur telefonischen Terminvereinbarung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Gerne würden auch wir Sie telefonisch oder per E-Mail über Terminänderungen, Besprechungen und anderen Anliegen informieren dürfen.

4. Ich erkläre mich einverstanden, dass eine mögliche Fotodokumentation, die im Verlauf der Therapie erstellt wird, für den Arztbericht, sowie für medizinische Ausbildungszwecke verwendet werden darf.

5. Hiermit bestätige ich, dass ich das ausgelegte Infoblatt zum Datenschutz und zur Datensicherheit in der oralchirurgischen und parodontologischen Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ zur Kenntnis genommen habe. Mir ist bekannt, dass ich dieses Infoblatt auf Wunsch ausgehändigt bekommen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis zur Verarbeitungen erteile, **soweit ich diese nicht oben insgesamt oder teilweise durchgestrichen habe.**
In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis „Die Fachzahnärzte – Dr. Volmer & Dr. Hofmann“ und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen auf der Rückseite →

DIE Fachzahnärzte.
Zentrum für
Implantologie | Oralchirurgie | Parodontologie
Dr. Martin Volmer | Dr. Frederik Hofmann

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Ihre Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen oder Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

Herzens oder Kreislaufs	□ Ja	□ Nein
Leber	□ Ja	□ Nein
Niere	□ Ja	□ Nein
Schilddrüse	□ Ja	□ Nein
Magen-Darm-Traktes	□ Ja	□ Nein
Gelenke (Rheuma)	□ Ja	□ Nein
Wirbelsäule	□ Ja	□ Nein
Blutgerinnungssystems	□ Ja	□ Nein

Haben oder hatten Sie…

Hohen Blutdruck	□ Ja	□ Nein
Niedrigen Blutdruck / Ohnmacht	□ Ja	□ Nein
Osteoporose	□ Ja	□ Nein
Diabetes	□ Ja	□ Nein
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	□ Ja	□ Nein
Epilepsie	□ Ja	□ Nein
eine Augenerkrankung / Grünen Star	□ Ja	□ Nein
Schlafapnoe / eine Schlafmaske	□ Ja	□ Nein
HIV (Aids)	□ Ja	□ Nein
eine Tumor-/ Krebserkrankung	□ Ja	□ Nein
Hepatitis? Falls ja, welcher Typ? __	□ Ja	□ Nein
Tuberkulose	□ Ja	□ Nein

Allgemeine Angaben

Besteht eine Schwangerschaft?	□ Ja	□ Nein
Haben Sie einen Schwerbehinderten-ausweis?	□ Ja	□ Nein
Rauchen Sie?	□ Ja	□ Nein

Haben Sie Allergien? □ Ja □ Nein

falls ja, wogegen?

_____

Sind sonstige Erkrankungen oder Infektionen bekannt? □ Ja □ Nein

_____

Zu Ihrem Herzen: Haben / hatten Sie jemals ein / eine / einen…

Herzmuskelentzündung	□ Ja	□ Nein
Schlaganfall	□ Ja	□ Nein
Herzinfarkt	□ Ja	□ Nein
Herzschrittmacher	□ Ja	□ Nein
Künstliche Herzklappe	□ Ja	□ Nein
Angina Pectoris	□ Ja	□ Nein

Medikamente: Nehmen Sie…

Blutverdünner	□ Ja	□ Nein
Bisphosphonate (Osteoporose) (oder jemals eingenommen?)	□ Ja	□ Nein
Kortison	□ Ja	□ Nein
Antidepressiva	□ Ja	□ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

_____

_____

Sind Sie Angstpatient?	□ Ja	□ Nein
Haben Sie Interesse an einer Narkose oder Sedierung?	□ Ja	□ Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen oder täglich Alkohol?	□ Ja	□ Nein

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter