



PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.(privat): \_\_\_\_\_ Tel.(gesch.): \_\_\_\_\_

Tel.(mob.): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Privat  Gesetzl. KV Basistarif:  ja  nein  
 Zusatzversicherung:  ja  nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler  ja  nein  
 Herzklappenersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Endokarditis  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein

Hochgradige Neutropenie  ja  nein  
 Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
 Organtransplantiert  ja  nein  
 Stammzellentransplantiert  ja  nein

Epilepsie  ja  nein  
 Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
 Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
 Drogenabhängigkeit  ja  nein  
 Nervenerkrankung  ja  nein  
 Nierenerkrankung  ja  nein  
 Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
 Osteoporoseerkrankung  ja  nein  
 Raucher  ja  nein  
 Rheuma/Arthritis  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion  ja  nein  
 Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 MRSA  ja  nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetikum (Betäubungsmittel)  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein

Metalle: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  ja  nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein

Wurden Operationen im Krankenhaus durchgeführt  ja  nein Datum: \_\_\_\_\_



## DATENSCHUTZ

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Die ‚Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten‘ sind in der Praxis einsehbar. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich erkläre hiermit, dass meine persönlichen Kontaktdaten, Befunde, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe zum Zwecke der Abrechnung an 4DENTA weitergeleitet werden dürfen. 4DENTA wird die Abrechnung nicht in eigenem Namen einziehen. Die Praxis bleibt Gläubiger. Ansprechpartner bei Fragen zur Abrechnung bleibt weiterhin die Praxis. Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen. Sie kann aber jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Meine Praxis hat mich persönlich über die Datenweitergabe aufgeklärt. Eine Ausfertigung dieser Einverständniserklärung erhalte ich auf Wunsch ausgehändigt. Ich entbinde die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Tätigkeit des Abrechnungsservices 4DENTA erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder eine Auskunft eingeholt wird.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNG ZUR WEITERGABE VON RÖNTGENBILDERN

Ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Name, Geburtsdatum), bin damit einverstanden, dass die Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Öhlund zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde und Röntgenaufnahmen an den mit mir abgestimmten Behandler/Chirurg/Kieferorthopäden weiter leitet. Die Übermittlung per Email erfolgt verschlüsselt. Meine Praxis hat mich persönlich über die Datenweitergabe aufgeklärt. Eine Ausfertigung dieser Einverständniserklärung erhalte ich auf Wunsch ausgehändigt. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_