



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche persönlich unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite des Blattes). Dies ist wichtig, um mögliche Risiken zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

FRAGEN ZUM PATIENTEN

Frau / Herr _____
Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift _____
Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Kontakt _____
Mobiltelefonnummer _____ Festnetznummer _____ E-Mail-Adresse _____

Arbeitgeber
(freiwillige Angabe) _____
Name _____ Telefon dienstlich _____ Beruf _____

Hausarzt
(falls vorhanden) _____
Nachname _____ Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

FRAGEN ZUR VERSICHERUNG

Versicherung _____
Name der Versicherung/Krankenkasse

gesetzlich versichert
 zahnzusatzversichert
in den Bereichen:
 Füllungen
 Prophylaxe
 Zahnersatz
 Kieferorthopädie

privat versichert
 Beihilfe
 Basistarif
 KVB (Bundesbahn)
 Postbeamtenkrankenkasse

Falls der Patient familienversichert ist, wer ist der Hauptversicherte?

Versicherter _____
Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift _____
Straße und Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Persönliche Empfehlung
 Zeitungsanzeige/Plakat
 Telefon-/Branchenbuch
 Im "Vorbeigehen"
 Durch Mitarbeiter der Praxis
 Ich weiß es nicht mehr
 Durch etwas anderes: _____

Internet

Praxiswebsite
 Arztportal jameda
 Telefon-/Branchenbuch im Internet
 Soziale Medien im Internet: _____
 Durch etwas anderes im Internet: _____

WARUM SUCHEN SIE UNS HEUTE AUF?

Ich wünsche ...

Eine Routinekontrolle
 Eine Schmerzbehandlung
 Ein Beratungsgespräch
 Eine "zweite Meinung"
 Eine Prophylaxebehandlung
 Neuen Zahnersatz
 Ich habe einen anderen Wunsch: _____

WAS IST IHNEN BEI DER BEHANDLUNG GANZ BESONDERS WICHTIG?

(Sie können auch mehrere Antworten ankreuzen)

Besonders genaues Eingehen auf meine Bedürfnisse und Anliegen
 Viel Information darüber, was gerade in der Behandlung passiert
 Absolute Schmerzfreiheit während und nach der Behandlung
 Beruhigende und angstlösende Atmosphäre und Maßnahmen
 Ästhetik der Zähne, auch kosmetische Zahnbehandlungen

Hochwertige Materialien für Füllungen und Zahnersatz
 Preisgünstige Lösungen, möglichst keine Zuzahlung
 Mir ist nichts herausragend wichtig / mir ist alles ähnlich wichtig
 Bitte nur das Zahnproblem lösen, dann will ich schnell wieder weg

FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

Herzkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) JA NEIN
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
Herzasthma, Angina pectoris
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)
Herzschrittmacher
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe
Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP, Bypass. Wenn ja, wann? _____
Sonstige: _____

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck JA NEIN
Zu niedriger Blutdruck
Ohnmachtsanfälle
Sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) JA NEIN
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen
Sonstige: _____

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie JA NEIN
Krämpfe
Sonstige: _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) JA NEIN
Blutarmut (Anämie)
Sonstige: _____

Tumorerkrankungen

Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis) JA NEIN
Wenn ja, welcher Typ? _____
Tuberkulose
HIV
Chronische Atemwegserkrankung
Wenn ja, welche? _____
Sonstige: _____

Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?

Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Allergien (Unverträglichkeit, Überempfindlichkeit)

Allergie gegen Antibiotika/Penicillin JA NEIN
Allergie gegen andere Medikamente oder Stoffe
Wenn ja, gegen welche? _____
(Bitte legen Sie Ihren Allergiepass vor!)

Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? JA NEIN
Wenn ja, welche?
• Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) _____
• Bisphosphonate _____
• Antidepressiva _____
• Herzmedikamente _____
Sonstige Medikamente: _____

Drogenkonsum

Rauchen Sie? JA NEIN
Besteht eine Alkoholabhängigkeit?
Besteht eine andere Drogenabhängigkeit?
(auch Aufputschmittel, Schlafmittel)

Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche? _____ JA NEIN

FRAGEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?
Vor ca. _____ Monaten, bei Zahnarzt / Arzt:

Name Arzt / Arztpraxis

Ort der Praxis

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? JA NEIN
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten?
Leiden Sie unter Mundgeruch?

Möchten Sie von uns per Postkarte rechtzeitig an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?

WICHTIGE HINWEISE

Behandlungstermine: Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie jedoch, dass auch unangemeldete Schmerzpatienten ein Recht auf Behandlung haben und es dadurch im Einzelfall zu leichten Verzögerungen kommen kann. Können Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen, dann bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind persönlich, telefonisch, per Fax und per E-Mail erreichbar. An Patienten, die ihre Termine mehrfach ohne Ankündigung versäumen, kann leider kein fester Termin mehr vergeben werden.

Gesundheitskarte der gesetzlich Versicherten: Die Vorlage Ihrer Gesundheitskarte ist bei jedem Besuch zwingend erforderlich. Wir behalten uns vor, Patienten nicht zu behandeln, wenn diese ihre Gesundheitskarte nicht vorlegen.

Fahrtauglichkeit: Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach lokaler Betäubung eingeschränkt sein kann.

Mitteilung von Änderungen: Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten oder Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

Ich bestätige, dass ich den Anamnesebogen gelesen und alle Fragen verstanden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Bogen vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Die wichtigen Hinweise am Ende des Bogens habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend)



Informationsblatt für Patienten

gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in unserer Praxis zu informieren. Personenbezogene Daten sind Informationen, die auf Sie persönlich bezogen sind (z. B. Ihre Adresse, Versichertendaten und Gesundheitsdaten). Ohne die Verarbeitung personenbezogener Daten ist eine Behandlung nicht möglich. Gerne klären wir Sie mit diesem Informationsblatt auf, wie Ihre Daten in unserer Praxis verarbeitet werden:

Wer ist verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten?

Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen	Alexander Paulus, Dr. Ali Abed Pour, Dr. Christa Mende, Dr. Kourosh Norouzi Spitzwegstraße 31, 42329 Wuppertal Telefon: 0202-273550 ▪ E-Mail: info@zahnaerzteteam.eu
Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten	Rainer Biermann Überörtliche Gemeinschaftspraxis Paulus, Abed Pour & Partner Spitzwegstraße 31, 42329 Wuppertal Telefon: 0202-273550 ▪ E-Mail: biermann@zahnaerzteteam.eu

Fragen und Antworten zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Sind Sie verpflichtet, personenbezogene Daten bereitzustellen? Was sind die Folgen einer Nichtbereitstellung?	Nein, diese Pflicht haben Sie nicht. Jedoch ist die Bereitstellung personenbezogener Daten für die Durchführung der Behandlung zwingend erforderlich. Eine Nichtbereitstellung personenbezogener Daten führt dazu, dass keine Behandlung vorgenommen werden kann.
Für welche Zwecke werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet? (Rechtsgrundlage)	Zur Erfüllung des (auch formlosen) Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt sowie zur Dokumentation der Behandlung (§§ 630a und 630f BGB)
Wer ist Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten?	Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich vorgeschrieben bzw. zulässig ist oder Sie der Übermittlung im Einzelfall ausdrücklich zugestimmt haben. Dazu können folgende Datenempfänger gehören: <ul style="list-style-type: none">▪ Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein▪ Gesetzliche und private Krankenversicherungen▪ Gutachter und Medizinischer Dienst der Krankenkassen▪ Zahnärztekammer Nordrhein▪ Zahnärztliche und ärztliche Mitbehandler und Folgebehandler▪ Zahntechnische Fremdlabore▪ Histologische oder Mikrobiologische Institute▪ Abrechnungs- und Factoring-Unternehmen (DZR)▪ Kartenzahlungsservice-Unternehmen (TeleCash)▪ Inkasso-Unternehmen▪ Rechtsanwälte und Gerichte
Werden Ihre personenbezogenen Daten zur Wahrung berechtigter Interessen der Verantwortlichen verarbeitet?	Ja, im Einzelfall zur Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche.
Wie lange werden Ihre personenbezogenen Daten gespeichert? (Rechtsgrundlage)	Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung notwendig ist. Durch rechtliche Vorgaben sind wir verpflichtet, bestimmte Gesundheitsdaten („Patientenakte“) länger zu speichern: <ul style="list-style-type: none">▪ Behandlungsdokumentation 10 Jahre (§ 630f Abs. 3 BGB)▪ Röntgenbilder 10 Jahre bzw. bei Kindern und Jugendlichen bis zu deren 28 Lebensjahr (§ 28 Abs. 3 RöV)▪ Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre (§ 28 Abs. 3 RöV)
Werden Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland (z. B. über einen Cloud-Dienst) oder an eine internationale Organisation übermittelt?	Nein.

Welche Rechte haben Sie als betroffene Person?

Laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) haben Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung, ein generelles Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Zudem können Sie hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf).

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung gelesen und verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein:

Patient: Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Datum: _____ Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter: _____