



Zahnarztpraxis

Dr. Hervatin - Jurawitz - Dr.Könecke
Walsroder Str. 10 30851 Langenhagen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Bevor sich unser Praxisteam mit Ihren zahnmedizinischen Wünschen und/oder Problemen befassen kann, benötigen wir Ihre Personalien und Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gezielte und vor allem risikoarme Behandlung! Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht .

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort Tel. dienstlich

Krankenkasse:

Beruf:

empfohlen/überwiesen durch:

1. Wir werden, falls notwendig, mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir können für Sie Qualitätsarbeit ohne Zeitdruck erbringen.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Absage (24Std. vorher). Bei Nichteinhaltung behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr zu erheben, die sich an der Dauer des Termins orientiert

2. Falls Sie von uns darüber informiert werden wollen, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur teilweise übernommen werden, sprechen Sie uns einfach darauf an. Wir beraten Sie gerne!

3. Haben Sie Interesse an unserem **Erinnerungsservice** für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Für die Benachrichtigung erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Angaben zur Telefonnummer innerhalb des folgenden Jahres verwenden. Darüber hinaus erlischt dieser Service, sollte keine neue Einwilligung Ihrerseits stattgefunden haben. Sollten sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder unsere Mitarbeiter. Wir antworten Ihnen gerne.

() Ich bin bereit, an Ihrem Recall - Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E- Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). **Wir weisen Sie daraufhin, dass die Terminvergabe nur mit Ihnen persönlich oder Ihrem gesetzlichen Vertreter (diese Bescheinigung muss uns schriftlich vorliegen) erfolgen darf.**

Die Erinnerung erfolgt telefonisch . (Anmerkung : Wir übernehmen keine Gewähr !)

(Datum , Unterschrift)

Hausarzt: _____

Sind Sie bei einem **Facharzt** in Behandlung?

(Name, Anschrift): _____

JA (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

- Leiden Sie an Zahnfleischbluten?
 - Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen?
 - Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?
 - Allergien (z.B. Penicillinallergie)?: _____
 - Herzerkrankung(z.B. Herzschwäche/Insuffizienz, Arrhythmien, Herzasthma, Angina pectoris, Herzschrittmacher)?: _____
 - Hoher Blutdruck?
 - Niedriger Blutdruck?
 - Blutgerinnungsstörung? _____
 - Lebererkrankung? _____
 - Nierenerkrankung? _____
 - Diabetes(Zucker)? _____
 - Rheumatische Erkrankung?
 - Infektionskrankheit (z.B. TBC, HIV, Hepatitis)? _____
 - Zeigen Sie Spritzenreaktionen (z.B. Ohnmacht, Übelkeit)? _____
 - Epilepsie? _____
 - Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit? _____
 - Schilddrüsenerkrankung? _____
 - Magen-/Darmerkrankung? _____
 - Andere Erkrankungen? _____
- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? Stillzeit?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Zahn-Kiefer- oder Kopfbereich geröntgt?

Bitte beachten Sie, dass nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze) Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann, z.B. im Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen!

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der Angaben zeichnet:

(Datum, Unterschrift)

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung , der Erfüllung der Datenaufbewahrungspflicht und anderer Geschäftszwecke (Dentallaborkommunikation bei ZE- Versorgung, Überweisung an andere Fachärzte nach Absprache mit Ihnen) durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E – Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt , dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

(Datum , Unterschrift)