



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihre Adresse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Bestehen Allergien?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Allergie-Pass?  Ja  Nein

c) Herzinfarkt  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
Lähmungen  Ja  Nein  
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

d) Blutdruck  Niedrig  
 Norma  
 Hoch Ggf. Werte \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

3. Nehmen Sie Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie?  Ja  Nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Schwangerschaft  Ja  Nein  Ungewiss Ggf. wievielte Woche \_\_\_\_\_

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  Ja  Nein  
Unfalldatum \_\_\_\_\_  
Art d. Verletzung \_\_\_\_\_

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten  
\_\_\_\_\_

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: \* \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass eine Absage nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor Beginn der Behandlung erfolgen sollte. Nicht rechtzeitig abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

Wenn Sie es wünschen, erinnern wir Sie gerne an Ihre Vorsorgetermine.		
O Ja, bitte per Post	O Ja, bitte per Email	O Nein, danke



Dr. Andreas Wilken - Fachzahnarzt für Oralchirurgie - Implantologie  
Kronberger Str. 4 - 65812 Bad Soden Tel.: 06196-22373 - Email: praxis.dr.wilken@gmx.de

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ** EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

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.

In unserer Praxis müssen wir aus organisatorischen und forensischen Gründen Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Diese in einer Zahnarztpraxis durchaus üblichen Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig.

Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns 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. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Andreas Wilken.

### 1. Vorsorge, Prophylaxe

Recall, Terminerinnerung und Vereinbarung. Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen, Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie gerne per E-Mail oder Brief 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung. Gerne würden wir Sie auch für Terminänderungen oder Terminvereinbarungen kontaktieren.

### 2. Abrechnung über externen Dienstleister

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen DZR Stuttgart, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

### 3. Externe zahntechnische Labore

Ein Datenaustausch findet seitens der Praxis auch mit externen zahntechnischen Laboren für Zahnersatz oder Zahnspangen statt. Gegebenenfalls ist bei der Anfertigung von zahntechnisch besonders anspruchsvollem Zahnersatz bei der Anprobe ein Zahntechniker zur Optimierung anwesend. Auch dieser unterliegt den Anforderungen der DSGVO.

### 4. Austausch von Röntgenbildern

Um die Zusammenarbeit mit ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen schnell und unbürokratisch für Sie zu gestalten, bedarf es ggf. des Austausches von Röntgenbildern per Email, CD oder USB-Stick.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Datenverarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r