

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Zu Ihrer Information: Sie befinden sich in einer **Wahlarztordination (Privatpraxis)**, die Privatleistungen erbringt, welche **nicht oder nur teilweise durch den Kassentarif abgedeckt sind**.

### Persönliche Informationen

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_

mitversichert durch \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig, denn nur dann kann für Sie die geeignete Behandlungsmethode ausgewählt werden. Kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an!

**Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!**

Gesundheitsfragen – Bitte zutreffendes ankreuzen

### Allergie/Unverträglichkeit: Welche allergische Reaktion haben oder hatten Sie?

- |  |                  |       |
|--|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Spritzen                                      | Wenn ja, welche? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente (Antibiotika, Schmerzmittel, ...) | Wenn ja, welche? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metalle                                       | Wenn ja, welche? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex   |                  |       |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                                     |                  | _____ |

Allergie-Pass bitte vorlegen!

### Allgemeine Erkrankungen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes, welcher Typ: _____ | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Asthma                       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> COPD/chronische Bronchitis   | <input type="checkbox"/> grüner Star (Glaukom)  |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung           | <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa        |
| <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis             |   |
| <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa             |   |

### Herz-/Kreislaferkrankungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt am _____            |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck             | <input type="checkbox"/> Bypässe/Stents                  |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz               | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris                 |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher               | <input type="checkbox"/> angeborene Herzfehler           |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (Herzschwäche) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (Herzschwäche) |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen           |  |

Herz-Pass bitte vorlegen!

**Bitte Blatt wenden**

**Blutgerinnungsstörungen**

- Dialysepflicht
- Blutverdünnende Medikamente Welche? \_\_\_\_\_
- angeborene od. erworbene Gerinnungsstörung z.B. Faktor IIIV oder IX Mangel

---

- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Knochenstoffwechsels**

- Osteoporose
- Haben Sie jemals oder nehmen Sie derzeit Bisphosphonate ein? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**Infektiöse Erkrankungen**

- HIV/Aids  Hepatitis (A/B/C/D/E)
- Tuberkulose
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Tumorerkrankungen**

- Wo (Organ/Körperregion)? Wann (Erstdiagnose?)  
\_\_\_\_\_
- Chemotherapie  Bestrahlung / Körperregion
- Metastasen (Tochtergeschwülste)

**Anfallsleiden**

- Sind Sie Epileptiker?  Ja  Nein
- Was sind mögliche Auslöser und wie sind die Rhythmen?  
\_\_\_\_\_

**Professionelle Mundhygiene**

- Rauchen Sie?  Ja  Nein
- Wann war Ihre letzte Mundhygiene? Monat/Jahr \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie die Medikamente an, die Sie regelmäßig einnehmen**

- Erhalten Sie eine Infusionstherapie Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Erhalten Sie Spritzen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Homöopathische Mittel ein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie etwas, was nicht gefragt wurde? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_  
(Nahrungsergänzungsmittel, CBD, etc.?)

**Ärztliche Behandlung / Schwangerschaft**

- Ärztliche Behandlung in den letzten 3 Monaten?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo und welche?  
\_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Woche?  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Sie laut Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO Art. 4 Nr. 11), vor der Erhebung Ihrer persönlichen Daten, die für eine weitere Behandlung benötigt werden, über den Zweck und die Form der weiteren Datenverarbeitung aufzuklären. Laut DSGVO Art. 6 Nr. 1a ist für eine weitere Verarbeitung von personenbezogenen Daten Ihre schriftliche und informierte Einwilligung erforderlich. Diese Einwilligung können Sie im Anschluss an die folgende Aufklärung erteilen.

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden folgende personenbezogene Daten zur weiteren Behandlung, Dokumentation und Verrechnung benötigt.

## **persönliche Daten:**

Name, Anschrift, Telefonnummer, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, E-Mail Adresse,

## **sensible persönliche Daten:**

relevante Vorerkrankungen, relevante bestehende Erkrankungen, relevante medizinische Unterlagen und Befunde,

## **Daten von relevanten Ansprechpersonen:**

Name, Anschrift, Telefonnummer, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, E-Mail Adresse,

**Verantwortliche Person:** Alexander Kirner, Schützenstr. 24, 6850 Dornbirn

## **Einwilligung in die Datennutzung**

- Ich willige ein, dass meine **sensiblen und sonstigen persönlichen Daten** (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.
  
- Ich stimme zu, per **SMS, Email oder Recallkarte** kontaktiert zu werden.

[Ort, Datum]

[Unterschrift des Betroffenen]