



www.teeth4beauty.de  
info@teeth4beauty.de

**PATIENTENFRAGEBOGEN**

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, die nachfolgenden Seiten gewissenhaft auszufüllen.**

Nachname und Vorname (Patient):	Geburtsdatum, Geschlecht:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl, Wohnort:
Festnetz:	E-Mail:
Mobil:	Beruf:
Arbeitgeber:	Ich habe eine Zahnzusatzversicherung, wenn ja bei folgendem Unternehmen:
Name der Versicherung/Krankenkasse	Bei Privatpatienten: Ich bin im PKV-Standardtarif oder Basistarif
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon:	

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung für die Vorsorgeuntersuchung?  Ja  Nein  
 Wünschen Sie Terminerinnerungen?  Ja  Nein  
 Wie möchten Sie kontaktiert werden?  Festnetz  Mobil  E-Mail  SMS  
**Bitte machen Sie mehrere Angaben, damit wir Sie über kurzfristige Terminverschiebungen, Öffnungszeiten und wichtige Neuigkeiten unserer Praxis informieren können.**  
 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Erinnerungen via elektronischer Datenübermittlung - sofern ich das wünsche - erhalte. Ich wurde über mein Recht aufgeklärt, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Wir sind eine reine Bestellpraxis und reservieren für Ihre zahnmedizinische Behandlung in unserer Praxis spezielle Zeiten, damit wir uns in diesem Zeitrahmen nur um Sie kümmern können. Dadurch sind die geplanten Termine bei Nichterhaltung schnellstmöglich, mindestens aber 24 Stunden vor dem geplanten Termin abzusagen. **Ist dies nicht der Fall oder bleibt ein Termin unentschuldigtdig versäumt, so werden wir Ihnen diesen Termin unwiderruflich (gemäß §615 BGB ) mit einer Ausfallpauschale in Höhe von 25 € je 15 Minuten in Rechnung setzen.**  
**Datum / Unterschrift:**

**ANAMNESE**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja	Nein	Medikamente	Sonst. Angaben
Hoher Blutdruck (Hypertonie)				
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)				
Herzklappenerkrankung/-defekt				
Herzerkrankung				
Herzschrittmacher				
Endokarditis-Prophylaxe				
HIV				
Hepatitis A, B oder C				
Tuberkulose				
andere				
Allergien/Unverträglichkeiten	Ja	Nein	Medikamente	Sonst. Angaben
Lokalanästhetika				
Schmerzmittel				
Antibiotika				
andere				
Weitere Erkrankungen	Ja	Nein	Medikamente	Sonst. Angaben
Blutgerinnungsstörungen				
Asthma				
Lungenerkrankung				
Schilddrüsenerkrankung				
Rheuma				
Epilepsie				
Diabetes/ wenn ja, welcher Typ				
Nierenfunktionsstörungen				
Ohnmachtsneigungen				
Grauer Star				
Besteht eine Schwangerschaft?				
Haben Sie Zahnfleischprobleme?				
Knirschen Sie mit den Zähnen?				

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).  
 Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztlicher Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztlicher Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.  
 Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter**

**Datum / Unterschrift:**