

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich:

(Name, Vorname)

Erkläre mich einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Dr. Gila Wagner meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Diesbezüglich wurde mir dieses Informationsblatt ausgehändigt, zu dem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über dessen Folgen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Physiotherapeuten, Krankenkassen, KZV, Krankenhaus und andere Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Physiotherapeuten, Krankenkassen, KZV und Leistungserbringern übermittelt werden dürfen.

Darunter fallen auch Labor (Pathologie), die zur Erstellung von bestimmten Werten in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

Hiermit stimme ich der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgeht zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailing, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

(Ort; Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)



Anmeldung

Name des Patienten

Geb. Datum

Name des Versicherten

Geb. Datum

Anschrift

Telefon privat/geschäftlich

E-Mail

Beruf (evtl. Ehemann bzw. Sorgeberechtigten)

Krankenkasse

Sind Sie privat versichert? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie freiwillig versichert? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein
Besteht eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzen - z.B. Herzklappenfehler/Schrittmacher/Endokarditis?
- ☐ Haben Sie zu hohen Blutdruck?
- ☐ Sind bei Ihnen Allergien bekannt - z.B. Penicillin? Wenn ja, welche? _____
- ☐ Leiden Sie unter Asthma?
- ☐ Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?
- ☐ Leiden Sie an Infektionskrankheiten - z.B. Gelbsucht (Hepatitis)/HIV/Aids/Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?
- ☐ Leiden Sie unter Rheuma?
- ☐ Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?
- ☐ Ist bei Ihnen ein Anfallsleiden bekannt - z.B. Epilepsie?
- ☐ Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck - z.B. Glaukom/Grüner Star?
- ☐ Neigen Sie zu Nachblutungen bzw. anhaltenden Blutungen oder Blutergüssen?
- ☐ Wurden Sie im Kopfbereich bestrahlt oder ist eine Bestrahlung geplant?
- ☐ Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
- ☐ Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? - z.B. Zometa®/Fosamax®/Alendron®?
- ☐ Sind Sie schwanger?
- ☐ Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Röntgenaufnahme angefertigt? Wenn ja, Wann und Wo? _____
- ☐ Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?
- ☐ Wünschen Sie eine besondere Beratung? Wenn ja, über? _____
- ☐ Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn ja, durch wen? _____

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen während der Behandlung werde ich umgehend mitteilen.

Stuttgart, den _____

Unterschrift des Patienten/ges. Vertreter _____

Unsere Praxis wird vom Bestellbuch geführt. Dies bedeutet, dass für Sie kaum (oder nur unvermeidliche) Wartezeiten entstehen und dass wir in der reservierten Zeit zu Ihrer Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können - spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (Bundesgebührenordnung ÄIII/2c). Für gesetzlich Versicherte gilt: Wird die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, so erfolgt nach den Vorschriften Ihrer Krankenkasse eine private Verrechnung.