

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher.

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?
Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.**

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Herzpass?

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star
- (ja) (nein) Starke Einschränkung der Sehkraft

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis
- (ja) (nein) Schlafapnoe

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung
- (ja) (nein) Refluxkrankheit

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis o A o B o C

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht
- (ja) (nein) Osteoporose

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Kopfschmerzen

(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Diabetes o Typ I o Typ II

(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

(ja) (nein) Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? Welcher Pflegegrad?.....

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Aufgrund welcher Behandlung?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Rauchen Sie? Wieviel durchschnittlich?.....

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein Bonusheft?

(ja) (nein) Werden Sie durch einen gesetzlichen Betreuer vertreten?

Name,

Anschrift, Telefonnummer:.....

.....

(ja) (nein) Besitzen Sie eine Zusatzversicherung?

Ihre Telefonnummer:.....

Ihre e-mail Adresse:.....

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Grömitz, den Unterschrift

Zahnarztpraxis Dr. Pietschmann

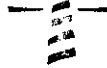
Dr. Robert Pietschmann • Zahnarzt

Seestraße 11 • 23743 Grömitz

Telefon (0 45 62) 22 55 37

info@za-pietschmann.de

www.za-pietschmann.de



Patienteninformation zum Datenschutz

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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Wir führen eine weitgehend papierlose Praxis, d.h. Die Krankenakte wird EDV basiert geführt.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind das Team der Praxis Dr. Robert Pietschmann, Seestr. 11, 23743 Grömitz mit den zahnmedizinischen Fachangestellten.

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte oder Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Das schließt auf Krankenhäuser, das von uns beauftragte Zahnarztlabor und von uns beauftragte Pathologen mit ein.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Im Hause hat Herr Dr. Pietschmann oder eventuelle Vertretung und die zahnmedizinischen Fachangestellten Einsicht.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von zahnmedizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung der Daten an weitere berechnete Empfänger.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte oder Ärzte, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, ihre Krankenkasse, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und private Zusatzversicherungen oder Labore sein, von wo ggf. eine separate Rechnung entsprechend ihrer Einwilligung erfolgt.