



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihre Mühe.

Patient:

| | | |
|------------------------------------|----------|------------|
| Name, Vorname | | Geburtsort |
| _____ | _____ | _____ |
| Telefon Festnetz | Mobil | Dienstlich |
| _____ | _____ | _____ |
| Email | Hausarzt | |
| _____ | _____ | |
| wodurch haben Sie zu uns gefunden? | | |

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen?

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 2. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Herz-, Kreislauf oder Gefäßkrankungen? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 5. Infektionserkrankungen? Wenn ja, welche? (z.B. Hepatitis, HIV/Aids, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 7. Nervenleiden? (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind weitere Krankheiten bekannt, die hier nicht aufgeführt wurden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 11. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| 12. Möchten Sie regelmäßig an Ihre Vorsorge erinnert werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum, Unterschrift



Zahnärzte
Dr. N. Weifenbach
& P. Harges

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN und ÜBERMITTELN VON DATEN

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Weifenbach und Harges, Epscheider Str. 6, 58339 Breckerfeld an

den weiterbehandelnden Arzt

übermittelt, und Daten anderer Ärzte angefordert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

[Ort], den _____

Datum

Unterschrift



Zahnärzte
Dr. N. Weifenbach
& P. Harges

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie

Name

Um die geplanten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen weitestgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist eine Lokalanästhesie (‘örtliche Betäubung’) erforderlich.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir – meinem Kind – eine Lokalanästhesie durchgeführt wird.

Nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und Risiken sowie nachteilige Folgen, insbesondere

- Infektion
- Bluterguss
- vorübergehende oder andauernde Schädigung von Nerven (Taubheit von Unterlippe und/ oder Zunge und/ oder Gaumen)
- Herz- Kreislaufstörungen
- allergische Reaktionen
- Kanülenbruch

eingehend aufgeklärt worden bin.

Weitergehende Fragen meinerseits bestehen nicht mehr/ wurden hinreichend beantwortet.

Breckerfeld, den

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Zahnarzt



Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. 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 Niels Weifenbach und Pascal Harges

| | |
|---|---|
| 1. Recall | Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [z.B. Mail, SMS, Postkarte] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung. |
| 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 mediserv Bank GmbH, Am Halberg 6, 66121 Saarbrücken 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. Informationsschreiben | In unregelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen wie einen anstehenden Praxis-Urlaub. Hierfür werden Sie von uns per [z.B. Mail, SMS, Postkarte etc.] angeschrieben. |

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

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis Weifenbach und Harges und die für die jeweilige Verarbeitung eingesetzten Mitarbeiter von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift