



Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Dietrich Niklas

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Dietrich Niklas

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich freue mich, dass Sie mir Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitte ich Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Zusätzlich möchte ich Sie bitten, der Datenschutzerklärung zuzustimmen. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bedanke mich im Vorfeld für Ihr Vertrauen. *Ihr Zahnarzt Dr. Dietrich Niklas, Praxis mit Herz und Verstand!*

Angaben Patient

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/PLZ/Ort _____

privat versichert (KK _____)

gesetzlich versichert (KK _____)

Telefonnummer privat _____

Telefonnummer mobil _____

Angaben des Hauptversicherten (falls abweichend)

Beihilfeberechtigung Basistarif

Zusatzversicherung

Beruf/ Arbeitgeber _____

E-Mail _____

Terminerinnerung

Als Service meiner Praxis möchte Ich Ihnen gerne anbieten, an unserem automatischen Erinnerungssystem teilzunehmen.

Sie werden zeitnah über SMS an Ihren nächsten Termin erinnert.

- ich stimme zu
 ich stimme nicht zu

Wir möchten Sie bitten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie diese nicht einhalten können. Da wir eine Bestellpraxis sind, behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.

Fragen zu Ihrem Besuch in der Praxis:

Haben Sie im Moment ein akutes Problem im Zahn / Mund / Kieferbereich?

Haben Sie einen speziellen zahnmedizinischen Wunsch / Fragestellung?

Datenschutzerklärung gemäß § 73 Abs. 1b SGB:

Gemäß der EU-Datenschutzerklärung bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich, Dr. Dietrich Niklas, Daten zur persönlichen Identifikation, Gesundheits-, Behandlungs- und Versicherungsdaten erhebe, elektronisch speichere und weiterleite.

(Rechtsgrundlage: Art.9 Abs. 2 DSGVO und Art. 7 Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit §22 Bas. 1 Nr. 1b Bundesdatenschutzgesetz)

Ihre personenbezogenen Daten werden nur solange aufbewahrt, wie dies für die Durchführung der Behandlung und gesetzlich erforderlich und gefordert ist.

Ihre Einwilligung umfasst folgende Punkte:

- Datenübermittlung an weiterführende medizinische Einrichtungen, Physiotherapeuten, Logopäden, Apotheken und Dentallabore, für den Zweck Ihrer Behandlung im notwendigen Rahmen.
- Aushändigung von Rezepten, Überweisungen und Bescheinigungen an die in Ihrem Namen beauftragte Person: _____
- Verarbeitung Ihrer Daten nach steuerlichen Vorgaben durch das Steuerbüro.
- Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Krankenversicherung und der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Sie haben den Anspruch auf Löschung/ Berichtigung Ihrer persönlichen Daten, ferner das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Betreuers

Bitte wenden →



Fragen zum Gesundheitszustand

Ärztliche Behandlungen	Besteht zur Zeit eine ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hausarzt/ Facharzt	Name / Adresse / Tel.-Nr.:		
Medikamente	Bitte geben Sie alle Medikamente an, die momentan eingenommen werden müssen:		
Blutverdünner	Nehmen Sie Blutverdünner (z.B.: ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis etc.) ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bisphosphonate	Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? Wenn Ja, wann war die letzte Einnahme und in welcher Form wurde es eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergien	Gegen welche Medikamente / Materialien besteht eine Überempfindlichkeit / Verdacht auf Unverträglichkeit? Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankungen	Leiden Sie an einer Herzerkrankung? (Angina pectoris, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kreislaufferkrankungen	zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Stoffwechselerkrankungen	Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Magen- Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erkrankungen des Nervensystems	Epileptische Anfälle /Krämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bluterkrankungen	Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Blutarmut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Infektionserkrankungen	Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (HIV, Hepatitis, Tuberkulose etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tumorerkrankungen	Hatten Sie jemals eine Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Weitere Angaben	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Röntgen	Wann wurden die letzten Röntgenbilder im Zahnbereich gemacht?	Datum:	
Schwangerschaft	<i>Nur von Frauen zu beantworten:</i> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Falls Ja, in welcher Woche/Monat befinden Sie sich?		
Sonstiges	Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?		

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und bitten Sie Änderungen, die Ihren Gesundheitszustand betreffen, sofort an uns weiterzugeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Betreuers