

Gesundheitsfragebogen für die Zahnarztpraxis



Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Mitversichert bei:
 Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift:
 Straße / Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____
 Telefonnummer: _____ Handynummer: _____
 Krankenkasse: _____ Zahnzusatzversicherung: _____
 Beruf: _____ Geschäftstelefonnummer: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es uns wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Diese Informationen fügen wir Ihrer Patientenakte zu.
 Leiden oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschwäche
- Oder _____

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine
- Oder _____

Magen/ Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- Oder _____
- Blut:**
- Gerinnungsstörungen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operation
- Oder _____

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Aufgrund welcher Erkrankung?

 Wann? _____
 Mit welchem Präparat? _____
- Haben Sie andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

- Rauchen Sie?**
 Wie viel Durchschnittlich?

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen
- Oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Kropf
 - Oder _____

Sind sie Schwanger?

- Welche Schwangerschaftswoche?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikament?

- Aspirin
- ASS
- Marcumar
- Ticlopidin
- Plavix/ Clopidogrel
- Pradaxa
- Xarelto
- Eliquis
- Aggrenox
- Efient
- Oder _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- oder _____

Allergie oder/ und Überempfindlichkeit:

- Heuschnupfen
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Latex z.B. Handschuhe
- Oder _____

Nehmen sie Regelmäßig Medikamente?

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Antibabypille
- Psychopharmaka
- Antidiabetika
- Oder _____

Leber/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lebererkrankungen
- Depressionen
- Störungen
- oder _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS
- Oder _____

Wie lange hat die Anästhesie bei Ihnen das letzte Mal gedauert?

- 30 Minuten
- 1 Stunde
- 3-4 Stunden
- Oder _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

Bitte das Blatt wenden



Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Des Weiteren wird ein Foto von Ihrer Person, für unsere Karteikarte angefertigt. Dieses wird lediglich verwendet um:

- Verwechslungen zu vermeiden.
- Versicherungsbetrug zu verhindern.

Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt ein Abgleich mit dem Foto auf Ihrer Gesundheitskarte. Bei privat versicherten Patienten erfolgt ein Abgleich mit dem Personalausweis.

Ihr Foto wird selbstverständlich nicht verbreitet und auch nicht für werbliche Zwecke verwendet!

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Silvia Leisinger, erreichbar unter der Praxisanschrift Am Römerbrunnen 15 in 79189 Bad Krozingen, E-Mail info@dr-leisinger.de und Telefonnummer 07633 12277.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ich habe die Information zur Erhebung personenbezogener Daten gründlich gelesen und verstanden. Und bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____