

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung von

Versicherter: Herr Frau
Vorname Nachname

ggf. Patient: Kind Frau
 Herr Vorname Nachname

.....
PLZ Ort Straße

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Wunderlich Zahnmedizin** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:



Paul Wunderlich
Konkordiastraße 26 · 13595 Berlin
Telefon: (030) 361 50 70

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „*Patienteninformation zum Datenschutz*“ habe ich gelesen und verstanden.

Berlin



.....
Datum

.....
Unterschrift

ANAMNESEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)



WUNDERLICH
ZAHNMEDIZIN

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Ihr Praxisteam Wunderlich Zahnmedizin

Patient/in

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Telefon privat

PLZ / Ort

Telefon mobil

E-Mail

Mitglied/ Zahlungspflichtige/r

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Telefon privat

PLZ / Ort

Telefon mobil

E-Mail

Bitte Rückseite beachten.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustand, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma TBC
 Zuckerkrankheit Niereninsuffizienz
 Rheuma Leber-/Nierenkrankheiten
 Bluterkrankungen Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Blutgerinnungsstörungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 HIV-Infektion Schilddrüsenerkrankungen
 nein ggf. (seit) wann?

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeiten bei Medikamenten bzw. Materialien nein wenn ja, welche?

- c) Herzinfarkt ja nein
 Nehmen Sie Marcumar oder ähnliches?
 Schlaganfall
 Lähmungen ggf. (seit) wann?

- d) Blutdruck niedrig
 normal
 hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein wenn ja, welche?

4. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 ungewiss ggf. wievielte Woche?

5. Sonstige Angaben/andere Krankheiten (z. B. Tumor-/oder Osteoporosetherapie)

6. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert ja nein

7. Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

8. Sind Sie an folgenden Zusatzinformationen interessiert:

- Digitale Zahnmedizin (CEREC) Sonstiges
- DVT - Digitale Volumentomographie (3D-Röntgen)
- (Mini-) Implantate
- Zahnersatz ohne Abdruck
- Parodontologie
- Prophylaxe
- Zahnbleaching
- Angstpatienten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

KINDER-ANAMNESEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)



WUNDERLICH
ZAHNMEDIZIN

Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Wunderlich Zahnmedizin

Persönliches

Name / Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Telefon privat

PLZ / Ort

Telefon mobil

E-Mail

Über welche Person ist das Kind versichert?

Vater Mutter

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Tel. privat

PLZ / Ort

Tel. mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

- Gesetzliche Krankenkasse Zusatzversichert freiwillig versichert
 Private Krankenkasse* vollversichert Basistarif Anspruch auf Beihilfe

*Wir weisen darauf hin, dass bei schwieriger Behandlung auch über den 2,3 fachen Satz liquidiert wird. Eine für die Versicherung ausreichende Begründung garantieren wir.

Sorgerecht

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe. Ich bin nicht erziehungsberechtigt.
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten.

Spezielle Anamnese

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Immunschwäche | <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> ADHS Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | |

Bitte Rückseite beachten.

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, worauf?

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern

Wann werden sie geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett-Gehen

Womit werden sie geputzt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahnzwischenraumbürste

Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta ohne Fluorid Erwachsenenzahnpasta
 Kinderzahnpasta mit Fluorid Juniorzahnpasta

Fluoridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben? ja nein

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? ja nein

Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt? ja nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen Finger Schnuller Trinkfläschchen Sonstiges Keine

Zum Schluss

Erster Besuch beim Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Freunde/Bekannte Sonstiges

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter