PATIENTENERKLÄRUNG

Schön, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um eine sachgerechte und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

Patient				
Versicherte/r	Name	Vorname	Geb. Datum	
Anschrift	Name Vorname		Geb. Datum	
	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Telefon	
Versicherung		Arbeitgeber		
E-Mail-Adr.		Beruf _		
Haben oder h	atten Sie eine der folger	den Erkrankungen:	Ja	Nein
ebererkranku	ingen (z.B. Hepatitis)			
	rkrankungen (Diabetes)			
	ankungen (Asthma)			
Knochenerkrankungen (Osteoporose)				
Erkrankungen des Blutes bzw. Blutgerinnungsstörungen				
	islauferkrankungen, Herzs			
nfektionserkrankungen				
Bestehen darü	ber hinaus noch andere k			
Nehmen Sie M	ledikamente ein? Wenn ja	, welche? Medikamentenpass vorhanden?		
Gibt es Allergie	en auf Medikamente oder	Materialien? Allergiepass vorhanden?		
Wann waren S	Sie zuletzt beim Arzt / im K	rankenhaus? Name des Hausarztes		
Besteht zurzei	t eine Schwangerschaft?			
Zahnärztliche	Anamnese			
Sind Sie zufrie	den mit dem Zustand Ihre	r Zähne / Ihrem Zahnersatz?		
Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?				
Bestehen zurzeit psychische Probleme?				
	r pressen Sie nachts mit d			
	er Zahnfleischbluten?			
Besteht Intere	esse an Zusatzleistunge	n (Privatleistungen) unserer Praxis?	0	
Professionelle	Zahnreinigung bzw. Propl	nylaxe		
	üllungen im Seitenzahnbe			
Bleaching (Zahnaufhellung)				
	elkanalbehandlung			
Möchten Sie a	n Kontrolluntersuchungen	für das Bonusheft erinnert werden?	0	
Nir möchten S Ansonsten beh	ie darauf hinweisen, dass nalten wir uns vor, ein Aus	vereinbarte Termine spätesten 24 Stunden v fallhonorar von 80 Euro pro Stunde zu berec	vorher abgesagt were hnen.	den müssen.

Unterschrift

Ort, Datum

doctores moers zahnärzte

Dr. Stefan Moers MSc.MSc. Dr. Ann-Christine Moers Mehringweg 6 21073 Hamburg

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten

Liebe Patientin, lieber Patient

Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir ohne Ihre

Einwilligung keine	e Daten erheben und an Dritte weitergeben dürfen.
Somit haben wir t	für unsere Praxis nachfolgende Erklärung verfasst und bitten Sie um Ihre Zustimmung:
1. Hiermit erteile	ich, Frau/ Herr Name, Vorname, GebDatum
die zum Zwecke einschließlich Rö Fachärzten, Dent bzw. anfordern zu Hiermit willige ich Telefon durchgef	n ein, dass diese Kommunikation sowohl über verschlüsselte E-Mail als auch über Fax und ührt werden darf. lass bei einer unverschlüsselten Fax-Datenübertragung unter Umständen unbefugte Dritte von
Ort und Datum:	
Unterschrift:	Patientin, Patient, Eltern, Betreuer
	rich in die Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke einer htigung per Telefon, Brief, E-Mail oder SMS ein.
Ort und Datum:	
Unterschrift:	Patient, Patient, Eltern, Betreuer
Unterschreibt bei	Minderjährigen ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das

alleinige Sorgerecht zusteht, oder dass er im Einverständnis des anderen Elternteils handelt. Bei Betreuungen wird der Betreuungsvertrag vorgelegt.

Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten und sind in der Praxis einsehbar.

Diese Erklärung ist jederzeit schriftlich widerrufbar.