

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen gewissenhaft auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname	_____	Mobil	_____
Vorname	_____	E-Mail	_____
Geburtsdatum	_____	SV-Nr.	_____
Straße, Hausnr	_____	PLZ, Ort	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____

ALS FAMILIENANGEHÖRIGER MITVERSICHERT (FAMILIENVERSICHERUNG)

Nachname	_____	Geburtsdatum	_____	SV-Nr.	_____
Vorname	_____	Straße, Hausnr	_____	PLZ, Ort	_____

Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- neuen Zahnersatz
- „zweite Meinung“
- anderen Grund:

Haben Sie akut Schmerzen?

- ja
- nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Rückseite beachten !

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Immunsupprimierte Patienten

Hochgradige Neutropenie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Organtransplantiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
MRSA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) /Neue Variante der CJK	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

SONSTIGE KRANKHEITSBILDER

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchern	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Latexq	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Metalle/welche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sonstige Medikamente ja nein

SCHWANGERSCHAFT

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

Welche Medikamente: _____
_____ seit: _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
seit: _____

Stehen Sie in medikamentöser
Chemotherapie? ja nein
seit: _____

Stehen Sie in Strahlentherapie
bei Krebserkrankung? ja nein
seit: _____

Nehmen Sie hoch dosierte
Steroide/Immunsuppressiva? ja nein
seit: _____

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Datenschutzgrundverordnung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG
Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Matthias Fieltsch, erreichbar unter der Praxisanschrift Linzergasse 27, 5020 Salzburg, Telefonnummer 0662/871356, E-Mail: info@zahnmedizinsalzburg.at

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN
Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere (Zahn-) Ärzte, Dentallabore, Krankenkassen, Logopäden, der

Medizinische Dienst der Krankenversicherung, (Zahn-)Ärzttekammern & privat Zahnärztliche Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN
Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. Bsp. 30 Jahre bei Röntgenbildern lt. § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE
Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN
Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Haben Sie Fragen, wenden Sie sich gerne an uns.

Ihr Praxisteam Dr. Matthias Fieltsch

Persönliche Datenschutzeinstellung:

- Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf Terminerinnerungen per SMS, E-Mail oder an die Wohnanschrift übermittelt werden dürfen.
- Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation unverschlüsselt an meine E-Mailadresse, mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Zahntechniker, Krankenkassen sowie im Einzelfall an weitere berechtigte Empfänger senden darf.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

_____, den ____/____/____
Ort und Datum

Unterschrift