

Patient: Name, Vorname ..... überweisender **Zahnarzt/ Arzt:** .....

Telefon-Nr.: Dienstlich .....

**Ihr Hausarzt** .....

Privat .....

Anschrift Hausarzt:.....

E-Mail: .....

Tel.-Nr.:.....

**Bestand o. besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
1. Allergie, wenn ja welche .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Immunmangel-Syndrom (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blutgerinnungsstörung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gehirnerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hämatologische Erkrankung (der blutbildenden Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Rauchen Sie, Anzahl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Trinken Sie Alkohol? Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche?		
- niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
			.....		

Datum/Unterschrift:

**Notizen des Arztes:** .....

Sehr verehrte Patienten, wir bitten Sie, die Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit in der Auswahl der für Sie geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich meinen Zahnarzt/ Arzt bzw. meine Zahnärztin/ Ärztin

von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen/ ärztlichen Behandlung und dem sich daraus ergebenden Informationsbedarf der Erstattungsstelle und/oder mitbehandelnden Ärzten bzw. Zahnärzten erforderlich ist.

Soweit der Informationsbedarf eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Datum/Unterschrift

**Bitte wenden!**

## Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

### Für den Patienten: Nicht zutreffendes bitte streichen:

- |    |                             |  |
|----|-----------------------------|--|
| 1. | Übermittlung an Dentallabor | Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten. |
| 2. | Recall-System               | Erinnerungsservice für die regelmäßige Prophylaxe  |
| 3. | Pathologie                  | Untersuchung zur Diagnostik entnommener Gewebe   |
| 4. | Mitbehandelnde (Zahn-)Ärzte | Informationsbedarf bei der Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen                                     |
| 5. | ggf. Fachanwalt             | Im Rahmen der Durchsetzung von Arzthonoraren   |

im Rahmen des erteilten Behandlungsauftrages durch die Praxis zu.

Die ausführliche Datenschutzerklärung ist sowohl auf der Praxishomepage als auch als Auslage an der Rezeption jederzeit nachvollziehbar.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum/Unterschrift

---