

## Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dres. Brandstätter in Ingersheim!

Bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (\*) gekennzeichnet.

Sollten Sie hierzu Fragen haben, helfen wir Ihnen jederzeit gerne weiter.

### Patient/in

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse / Versicherungsstatus

\_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz\*

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse\*

\_\_\_\_\_  
Beruf\*

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber/in\*

### Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\* freiwillige Angaben

## 1. Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jederzeit einfordern und einsehen.** Wir richten uns streng nach gesetzlichen Vorgaben und halten für Sie gerne unser Datenschutzkonzept zur Einsicht bereit. Bitte bestätigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, dass Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zustimmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Gesetzliche/r Vertreter/in

## 2. Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, **spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn**, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen dürfen.

Wir sind stets bemüht Ihre Wünsche und Vorlieben (z.B. Ihre gewohnte Prophylaxe-Mitarbeiterin) zu realisieren, sofern uns dies möglich ist. Aufgrund von praxisorganisatorischen Gründen (z.B. kurzfristiger Krankheit des Personals / Schichtdienst) können wir dies aber nicht in jedem Falle garantieren. Daher weisen wir Sie darauf hin, dass Sie **kein Recht auf eine bestimmte Prophylaxe-Mitarbeiterin oder Behandlungsassistenz haben**, wir aber immer bemüht sein werden, Ihre Wünsche zu Ihrer Zufriedenheit entsprechend zu realisieren. Sprechen Sie uns bei Problemen bitte an!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Gesetzliche/r Vertreter/in

### 3. Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig. Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Krankenkassenstatus, Besuchsgrund und Terminhistorie. Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

#### **Besonderheiten der Online Buchung**

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib. Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

- Ja, ich stimme zu, dass ich an meine Termine erinnert werden darf, um Terminausfälle zu vermeiden.
- Nein, ich stimme einer Terminerinnerung nicht zu. Ich bin mir darüber im Klaren, dass bei Nichterscheinen meinerseits die entstandenen Kosten für die Bereitstellung der Behandlungsressourcen in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Gesetzliche/r Vertreter/in

#### 4. Allgemeinmedizinische Auskünfte (Anamnese)

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **blutverdünnende** Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Plavix...)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden oder wurden Sie mit **Bisphosphonaten** therapiert (z.B. Zometa, Prolia...)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie **Allergien**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter **psychischen Erkrankungen**? (z.B. Depression)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### **Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**

## 5. Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

**Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja  nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja  nein

Benötigen Sie eine **Endokarditisprophylaxe**?  ja  nein

Haben Sie ein **Organtransplantat**?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Diabetes**  ja  nein

Wenn ja, kennen Sie Ihren HbA1c-Wert (Langzeitzucker)? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Asthma)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben / hatten Sie  **maligne Grunderkrankungen (Krebs)**?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter **Osteoporose**?  ja  nein

## 6. Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

- HIV (AIDS)  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose (Tbc)  ja  nein  
Aktuell positiv auf COVID-19 getestet?  ja  nein  
Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein  
MRSA  ja  nein  
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach (akut infiziert)  ja  nein

### Rauchen Sie?

ja  nein

Wenn ja, wie viel: ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

### Drogenkonsum?

ja  nein

## 7. Zahnmedizinische Auskünfte

Wann waren Sie **letztes Mal in zahnärztlicher Behandlung**? \_\_\_\_\_

- Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung **Komplikationen** auf?  ja  nein  
Treten bei Ihnen **Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk** auf?  ja  nein  
Haben Sie derzeit **Schmerzen**?  ja  nein  
Haben Sie **Angst** vor der Zahnbehandlung?  ja  nein  
Sind Sie mit Ihrer **Zahnfarbe** zufrieden?  ja  nein

Bitte nennen Sie uns noch Ihre **Hausarztpraxis**: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** immer unaufgefordert mit. Da sich ergebende Änderungen häufig eine Relevanz für die zahnärztliche Behandlung haben, werden wir Sie regelmäßig bitten, Ihren Anamnesebogen zu aktualisieren. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### aktualisiert:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_