Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dres. Brandstäter 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	Vorname	Name
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Telefon Festnetz*	Telefon Mobil	Versicherungsstatus
_____	_____	
Beruf*	E-Mailadresse	

1. Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundes-datenschutzgesetz (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.

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!

Im Nachgang Ihres Besuches in unserer Praxis kontaktieren wir Sie per E-Mail (über solvi reviews) für eine kurze Patientenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung. Die Kontaktaufnahme dient ausschließlich der internen Qualitätssicherung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Patient/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

Allgemeinmedizinische Anamnese

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?_____ ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

_____

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

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

Haben Sie **Allergien / Unverträglichkeiten**? _____ ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter **psychischen Erkrankungen**? _____ ☐ ja ☐ nein

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

- 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

Diabetes: Wenn ja, kennen Sie Ihren HbA1c-Wert (Langzeitzucker)? _____ ☐ ja ☐ nein

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma): _____ ☐ ja ☐ nein

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Multiple Sklerose):_____ ☐ ja ☐ nein

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung:_____ ☐ ja ☐ nein

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

Leiden Sie unter **Osteoporose**? ☐ ja ☐ nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ☐ ja ☐ nein

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? Wenn ja, wie viel: ca. _____ Zigaretten pro Tag ☐ ja ☐ nein

Drogenkonsum? ☐ ja ☐ nein

Zahnmedizinische Auskünfte

- Wann waren Sie **letztes Mal in zahnärztlicher Behandlung**? _____
- 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 Ihren **Hausarzt**: _____

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.

Datum: _____ Unterschrift: _____