



DERZAHN

Herzlich willkommen!

Im Vorfeld einer Untersuchung oder Behandlung möchten wir Sie bitten, uns Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Gesundheitszustand zu machen. Ihre Auskünfte unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Abschließend bedarf es einer Erklärung zum Datenschutz auf **der Rückseite**.

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Versicherung:

_____ gesetzlich privat

Kontakt:

Telefon privat Mobil E-Mail

Beruf:

Wie möchten Sie Ihre **Rechnungen** erhalten? per Mail per Post

Fragen zu möglichen Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Herz- oder Kreislauferkrankungen? Schlaganfall? _____ ja nein

Herzinfarkt? Herzschrittmacher? Ausweis? _____ ja nein

Erkrankung der Atemwege? Asthma? _____ ja nein

Stoffwechselerkrankungen? Diabetes? _____ ja nein

Erkrankungen des Nervensystems? Epilepsie? _____ ja nein

Bluterkrankungen? Blutverdünnung? Ausweis? _____ ja nein

Osteoporose? Bisphosphonate? _____ ja nein

Allergien? Ausweis? _____ ja nein

Infektionskrankheiten? Hepatitis? HIV? _____ ja nein

Drogen- oder Alkoholabhängigkeit? _____ ja nein

Andere Erkrankungen? _____ ja nein

Durchgeführte Strahlentherapie? _____ ja nein

Haben Sie eine Knirschschiene? Warum? _____ ja nein

Wann wurden Sie letztmalig im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? _____ ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Bremen, den _____ Unterschrift _____

Bitte auch die Rückseite beachten!

Ich stimme hiermit der Erhebung, der elektronischen Speicherung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung in der Praxis DERZAHN zu.

Ich stimme hiermit der Nutzung meiner Emailadresse zu, um von der Praxis DERZAHN an einen von mir vereinbarten Termin erinnert zu werden.

Ich stimme hiermit der Weiterleitung personenbezogener Daten, wie bspw. Untersuchungsbefunde und Behandlungsplanungen, für den Zweck der Weiter-/Mitbehandlung an andere BehandlerInnen zu. Die Weiterleitung erfolgt nur nach Aufklärung und mit Einverständnis der Patient*Innen.

Ich stimme hiermit der Weiterleitung personenbezogener Daten an eine*n in Einzelfällen von der Krankenkasse beauftragte*n Gutachter*In (z.B. Untersuchungsbefunde, Behandlungsplanungen) für den Zweck der Überprüfung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse zu.

Ich stimme hiermit der Weiterleitung personenbezogener Daten an ausgewählte externe deutsche Dentallabore für den Zweck der Anfertigung von zahntechnischen Arbeiten zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungsverfahren informiert worden bin und freiwillig mein Einverständnis in die Datenverarbeitung erkläre, **sofern ich diese oben nicht einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Schmitt und Dr. Naegeler und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich kann meine Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail (praxis@derzahn.eu) an die Praxis widerrufen (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).

Sollte ich meinen Termin einmal nicht wahrnehmen können, sage ich diesen mindestens **24 Stunden** vorher ab. Für unentschuldigte, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird mir der Behandlungssatz meiner Krankenkasse in Rechnung gestellt.

Bremen, den _____ Unterschrift _____

Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung kann in der Praxis eingesehen oder jeder Zeit auf unserer Homepage www.derzahn.eu nachgelesen werden.