

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Praxis für Zahnheilkunde & Oralchirurgie

DRES. P. u. R. PRÜLLAGE

ANTJE EUBEL-Vollmer

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten. Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon privat	Arbeitgeber	Beruf
E-Mail	Hausarzt	Empfohlen durch

Haben Sie eine **Zusatzversicherung**? ja Haben Sie einen **Pflegegrad**? **Betreuer:**

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

- Herz und Kreislauf ja nein
- Lunge ja nein
- Blut ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Trakt ja nein
- Gelenke (Rheuma) ja nein
- Osteoporose ja nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase, oder an den Ohren) geröntgt? ja nein
 Wenn ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
 Wenn ja, wo? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Zucker (Diabetes) ja nein
- Fallsucht (Epilepsie) ja nein
- Gelbsucht (Hepatitis) ja nein
- Grünen Star (Glaukom) ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 Wenn ja, welche? (Insbesondere Bisphosphonate, Blutverdünner) ja nein

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja nein

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb? ja nein

Neigen Sie zu Blutungen? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien?
 Wenn ja, welche? Allergiepass? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?
 Wenn ja, an welchen? ja nein

- Sind Sie HIV-Positiv? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Wünschen Sie an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden? ja nein

Haben Sie Interesse an Lachgasbehandlungen? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Datum Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen
in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen
für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder
mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Praxis für Zahnheilkunde & Oralchirurgie

DRES. P. u. R. PRÜLLAGE

ANTJE EUBEL-Vollmer

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich - _____, geb. am: _____,
wohnhaft in _____
Tel.: _____ ein,

dass meine personenbezogenen Daten:

- elektronisch verarbeitet und gespeichert werden dürfen
- diese Daten mit Kollegen/Kolleginnen aus der Gemeinschaftspraxis sowie dort tätigem
Hilfspersonal (Sprechstundenhilfen, Fach- und Laborangestellten) ausgetauscht werden
dürfen
- erforderliche Daten an Dritte, z.B. mitbehandelnde Ärzte/Fachärzte,
Zahnärzte/Fachzahnärzte, Physiotherapeuten u.ä. übermittelt werden dürfen,

soweit dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des
Patientenberatungsprogramms benutzt.

Meine Zustimmung kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufen
(Art.3, Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass ich Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen
kann. Ich habe das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu
beschweren, sollte ich der Meinung sein, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig
verarbeitet werden.

(Datum), Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen
in unserer Praxis. Wir bitten Sie, uns einige Informationen
für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder
mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Praxis für Zahnheilkunde & Oralchirurgie

DRES. P. u. R. PRÜLLAGE

ANTJE EUBEL-Vollmer

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei
Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten
Behandlungstermins

zwischen Dres. P. u. R. Prüllage / A. Eubel-Vollmer

Zahnarzt / Zahnärztin

und

Patient/Zahlungspflichtigem/Geburtsdatum

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §65 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen: Die Ausfallgebühr beträgt 50 Euro je angefangener Behandlungsstunde.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl. Vertreter