

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geschlecht  m  w  d

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert – nicht im Basistarif
- Privat versichert – im Basistarif/Standarttarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung

Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

## Einverständniserklärung

Ich möchte den **Recall-Service** Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail (Angaben siehe oben) an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzlicher Vertreter

bitte wenden >>

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

**Gesundheitszustand**

**Bitte ankreuzen**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt  ja  nein
- Herzerkrankung  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein

**Infektionserkrankungen**

- HIV  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- andere:  ja  nein

**Allergien/Unverträglichkeiten**

- Lokalanästhetika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- andere:  ja  nein

**Gesundheitszustand**

**Bitte ankreuzen**

**Sind weitere Erkrankungen bekannt?**

- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- Asthma  ja  nein
- Lungenerkrankung  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Nierenfunktionsstörungen  ja  nein
- Ohnmachtsneigung  ja  nein
- Glaukom  ja  nein
- andere:  ja  nein

**Allgemeine Angaben**

- Drogenkonsum  ja  nein
- Regelmäßige Medikamente  ja  nein

Wenn ja, seit wann:

- Bisphosphonate  ja  nein

Wenn ja, welche:

- Schwangerschaft  ja  nein

Wenn ja, welcher Monat:

**Datenschutzerklärung**

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievor schläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

**Wichtige Informationen**

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns sieben Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient/in und Sie erhalten eine Rechnung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter