

Herzlich willkommen!

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, kann Ihnen gemäß §§ 611, 615 BGB eine Vergütung auf der Grundlage der einschlägigen Gebührenordnung in Rechnung gestellt werden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen bzw. es schuldhaft versäumt haben, diesen rechtzeitig abzusagen. Ihr Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund (§ 626 BGB) bleibt hiervon unberührt.

Gesundheitsfragebogen

.....
Name und Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail Adresse

.....
Beruf

.....
Name der Versicherung/Krankenkasse

Privatkrankenkasse

Private Zusatzversicherung Beihilfe Kostenerstattung

Name und Anschrift des Hausarztes :.....

Sind Patienten und Zahlungspflichtiger *nicht* identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

.....
Name und Vorname (Zahlungspflichtiger)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Wohnort

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung Ja Nein

hemmen (z.B. Marcumar)?

Wenn ja, welche?.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?.....		
.....		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	Ja	Nein
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?	Ja	Nein
– Bei bestimmten Materialien (zb. Latex) ? Welche.....	Ja	Nein
– Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Welche.....	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?.....		
.....		
– Angeborener oder erworbener Herzfehler?	Ja	Nein
– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?	Ja	Nein
– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Haben Sie einen Pass?	Ja	Nein
– Herzoperationen?	Ja	Nein
– Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten:

– Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Aids, Hepatitis A;B,C)?	Ja	Nein
– Lebererkrankungen?	Ja	Nein
– Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?	Ja	Nein
– Zu hoher Blutdruck?	Ja	Nein
– Zu niedriger Blutdruck?	Ja	Nein
– Schlaganfall?	Ja	Nein
– Nierenerkrankungen?	Ja	Nein
– Diabetes?	Ja	Nein
– Magen-Darmerkrankung?	Ja	Nein
– Schilddrüsenerkrankung?	Ja	Nein
– Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?	Ja	Nein
– Asthma/ Lungenerkrankungen?	Ja	Nein
– Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?	Ja	Nein
– Nervenerkrankungen?	Ja	Nein
– Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	Ja	Nein
– Grüner Star	Ja	Nein
– Bekommen Sie Bisphosphonate?	Ja	Nein
– Sonstige Erkrankungen?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?		

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich?

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn Ja , wie viele am Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig Drogen? Ja Nein Wenn ja welche? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

Dürfen wir Sie mit in unser Recall-System aufnehmen und Sie an die

nächste Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja per: E-Mail Brief SMS

Nein

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

Hinweis für gesetzlich Versicherte:

Laut Kassenvertrag soll bei nicht Vorlage der Gesundheitskarte (Krankenversicherungskarte) eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin nicht vorgelegt wurde. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme. Halten Sie bitte immer Ihre Versicherungskarte bereit.

Hinweis für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte/ Ärzte. Erstattungseinschränkung gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarif oder restriktiver Beihilfeverordnung können bei der Rechnungsstellung nicht berücksichtigt werden. Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Wichtige Information

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstige Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nur in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Ich bin – widerruflich – mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten gemäß EU-Datenschutz-Grund-Verordnung (DSGVO) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Patient/in:

Name	
Geburtsdatum	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke durch die **Praxis Christine Lindberg, Helmut-Steidl-Platz 1, 22143 Hamburg** zu

- *Recall für Prophylaxe/jährliche Kontrolle
per Brief, Mail, SMS oder Telefon*
- *Versendung und Anforderung von Röntgenbilder (verschlüsselt)
ärztliche Kollegen (z.B. Hausarzt, Kieferchirurgen, Kieferorthopäden oder andere Zahnarztpraxen)*
- *Dentallabor und ggf. Depots
für zahntechnische Leistungen*
- *Physiotherapeuten und / oder Apotheken*

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (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).

Hamburg, _____

Patient/in