



Frank Sierwald - Dr. Rainer Struck
Magdalena Rogge (*Zahnärztin*)
Victoria Grewe (*Zahnärztin*)
Dr. Ira Sierwald (*Fachzahnärztin f. Kieferorthopädie*)

Goos 6
21682 Stade
Tel.: 04141 / 921505
www.zahnaerzte-
gooshaus-stade.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Personalien

Nachname, Vorname der/des Patienten	Geburtsdatum, Geschlecht
Nachname, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer, Mobilfunknummer	E-Mail
Krankenkasse	Basistarif versichert? (j/n) (nur für privatversicherte Patienten)
Hausarzt	(Überweisender/Bisheriger) Zahnarzt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die/der Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis:

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
-------	--------------------------------------

nicht zutreffend

Datenschutz und Professionelle Zahnreinigung

Ich habe die Patienteninformationen zum Datenschutz und zur Professionellen Zahnreinigung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Gesundheitsfragebogen

Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte informieren Sie uns bei Veränderungen des Gesundheitsstatus!
Vielen Dank!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| andere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Infektionserkrankungen

- | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| HIV | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| andere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| andere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Weitere Erkrankungen

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche? |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Alkohol-/Medikamente-
/Drogenabusos | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| andere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Mund-Kiefer-Zähne**Bitte ankreuzen****Zusätzliche Informationen**

Bestehen/bestanden Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Bestehen/bestanden Schmerzen in der Kaumuskulatur? ja nein

Knirschen/Pressen am Tag ja nein

Knirschen/Pressen in der Nacht ja nein

Schmerzen beim Kauen ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchung ja nein

Regelmäßige prof. Zahnreinigung ja nein

Allgemeine Angaben

Raucher ja nein

Wenn ja 0-10 über 10/Tag

Regelmäßige Medikamente ja nein

Wenn ja, bitte auflisten oder geben Sie uns eine Medikamentenliste

Für Minderjährige/KFO-Pat. **nicht zutreffend**

Sprachfehler ja nein

Besuch v. Sprachunterricht ja nein

Offene Mundhaltung ja nein

Lutschen ja nein

Wenn ja, worauf u. bis wann?

Früherer Unfall mit Beschädigung von Zähnen ja nein

Frühere Zahnspange ja nein

Wenn ja, bitte Name/Ort des Vorbehandlers

Hobbies Bitte angeben

Sonstiges Bitte angeben

Ort, Datum

Unterschrift



Bitte wenden

Einwilligung zur Datenauskunft an Dritte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sofern Sie wünschen, dass Familienmitglieder oder andere Personen/Angehörige Informationen, z.B. Terminabfragen, von uns erhalten können, so müssen Sie uns dies bitte schriftlich bestätigen.

Nachname, Vorname der/des **Patienten**

Geburtsdatum

ich möchte nicht, dass meine Daten an angehörige Dritte weitergegeben werden

folgende Personen dürfen Auskunft über meine Daten erhalten:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Datum

Unterschrift



Frank Sierwald - Dr. Rainer Struck
Magdalena Rogge (*Zahnärztin*)
Victoria Grewe (*Zahnärztin*)
Dr. Ira Sierwald (*Fachzahnärztin f. Kieferorthopädie*)

Goos 6
21682 Stade
Tel.: 04141 / 921505
www.zahnaerzte-gooshaus-stade.de

- zum Verbleib beim Patienten-

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

1. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

2. Verantwortlichkeit der Datenverarbeitung

Zahnärzte im Goos-Haus, Goos 6, 21682 Stade, Tel.: 04141 / 921505

Zuständige Datenschutzbeauftragte: Dr. Ira Sierwald

3. Zweck der Datenverarbeitung

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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder z.B. Physiotherapeuten 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.

4. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen an Dritte weiter. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, zahnärztliche Labore, Psycho-/Physiotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

5. Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen 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.

6. Ihre Rechte

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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Patienteninformation zur Professionellen Zahnreinigung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vereinbarte Termine für die Professionelle Zahnreinigung sind ausschließlich für Sie reserviert. Können Sie einen Termin nicht einhalten, so sagen Sie ihn bitte **spätestens 24 Stunden vorher ab**, damit wir die dafür vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sagen Sie einen Termin nicht fristgerecht ab, **so wird Ihnen dies mit einem Stundensatz von 50,00 EUR in Rechnung gestellt werden.**

Ihr Team der Zahnärzte im GoosHaus