

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DS-GVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis auf Nachfrage für Sie zur Mitnahme aus.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen oder eine Brille benötigen lassen Sie es uns wissen. Wir helfen ihnen gerne. Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

**Persönliche Patienten-Daten bzw. bei Kindern Daten des Versicherten**

|                    |                                  |                        |
|--------------------|----------------------------------|------------------------|
| Name               | Vorname                          | Geburtsdatum           |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort                     | Telefon-, Handy-Nummer |
| E-Mail             | Beruf / Arbeitgeber (freiwillig) | überwiesen durch       |

**Versicherte Person (z.B. bei Kindern)?**

|                    |              |                        |
|--------------------|--------------|------------------------|
| Name               | Vorname      | Geburtsdatum           |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort | Telefon-, Handy-Nummer |

**Krankenkasse** Name:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung               | <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert     |
| <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe                         | <input type="checkbox"/> Standardtarif (1,7fach)     | <input type="checkbox"/> nicht versichert          |
| <input type="checkbox"/> zusatzversichert                              | <input type="checkbox"/> Hartz IV                    | <input type="checkbox"/> Härtefallregelung         |
| <input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge (Bundeswehr/ Polizei etc.) | <input type="checkbox"/> Asylbewerber                | <input type="checkbox"/> besondere Einschränkungen |

**Kommen Sie wegen....**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> einer Routinekontrolle         | <input type="checkbox"/> einer gründlichen Untersuchung | <input type="checkbox"/> <b>Schmerzen</b>         |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/ -entzündung | <input type="checkbox"/> Professioneller Zahnreinigung  | <input type="checkbox"/> Knirschen/ Pressen       |
| <input type="checkbox"/> einer Beratung                 | <input type="checkbox"/> einer Sanierung                | <input type="checkbox"/> einem besonderen Problem |
| <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung              | <input type="checkbox"/> Schnarchen                     | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung             |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Kiefergelenk      | <input type="checkbox"/> Bleaching                      | <input type="checkbox"/> Zahnschmuck              |

Bitte erläutern Sie:

Möchten Sie nur Kassenleistungen in Anspruch nehmen?  ja  nein

über alle für Ihren speziellen Fall sinnvollen Behandlungsmethoden informiert werden?  ja  nein

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn JA, welchen?  1  2  3  4  5

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- [www.dr-baitz.de](http://www.dr-baitz.de)  Bewertungsportal? Welches? \_\_\_\_\_
- Auf Empfehlung von? \_\_\_\_\_

**Allgemeine Informationen**

Haben Sie einen ästhetischen Wunsch wie zum Beispiel verfärbte Füllungen austauschen?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Sollte nach ihrer Ansicht die Farbe Ihrer Zähne heller sein?  ja  nein

Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?  ja  nein

Haben Sie gelegentlich oder häufiger Zahnfleischbluten?  ja  nein

Bemerken Sie oder Andere bei sich gelegentlich Mundgeruch?  ja  nein

Benutzen Sie Zahnseide o. a. zahnmedizinische Hilfsmittel zur Zahnpflege?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen die Benutzung von Zahnseide jemals erklärt worden?  ja  nein

Hatten Sie eine Zahnfleischbehandlung wegen Parodontose?  ja  nein

Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung (PZR)?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein Sind Sie tagsüber oft müde?  ja  nein

Haben oder hatten Sie Schmerzen beim Öffnen, Gähnen oder Kauen Ihres Mundes?  ja  nein

Sind einzelne Zähne besonders Temperatur- oder Aufbiss- empfindlich?  ja  nein

Haben Sie oft Stress?  ja  nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

**Haben Sie gelegentlich oder öfters:**

Nackenverspannungen/ Kopfschmerzen?  ja  nein

Ohrenscherzen?  ja  nein

Ohrensausen/ Tinnitus?  ja  nein

Orthopädische Probleme?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind/ waren Sie in orthopädischer oder physiotherapeutischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung**

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher/ hausärztlicher Behandlung?  ja  nein

| Hausarzt | Adresse | Telefonnummer/ Email |
|----------|---------|----------------------|
|          |         |                      |
| Facharzt | Adresse | Telefonnummer/ Email |
|          |         |                      |

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_ Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

**Allgemeinmedizinische Auskünfte**

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente, Materialien oder andere Stoffe?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
 Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?**

**Herzkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Schlaganfall)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja  nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma, COPD)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Epilepsie, Anfallsleiden, Migräne, Depression, Multiple Sklerose)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates/ der Muskulatur** (z. B. Rheuma, Gicht, Fibromyalgie)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Tumorbehandlung**  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Implantate oder tragen Sie Endoprothesen?**  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie andere Erkrankungen, nach denen hier bisher noch nicht gefragt wurde?**  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein  
 Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose (Tbc)  ja  nein  
 MRSA  ja  nein  
 Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

Sonstige Infektionskrankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol, Drogen** zu sich oder **Rauchen** Sie?  ja  nein

Wenn ja, was, welche und/ oder wie viele/ Tag? \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr **Reaktionsvermögen im Straßenverkehr** noch 4 – 6 Stunden nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns auch diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

---

Eckernförde, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

#### Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Die sorgfältige Beantwortung der Fragen ist wichtig für eine optimale Behandlung. Im Zweifelsfall helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen des Fragebogens.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, auch für Prophylaxetermine, **spätestens 48 Stunden vor Terminbeginn**, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann.

**Sollten Sie einen Termin ohne Absage versäumen, behalten wir uns vor, Ihnen mindestens 40 € dafür in Rechnung zu stellen.**

---

Eckernförde, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Diese Termine sind jeweils für Ihre spezifische Behandlung angepasst, erfordern eine entsprechende instrumentelle Vorbereitung und können in der Regel nicht ohne weiteres ausgetauscht werden. Wir planen möglichst präzise für Sie damit Ihnen nach Möglichkeit keine Wartezeiten entstehen.

Wir bemühen uns stets um einen optimalen Behandlungsfluss und möchten auch sorgsam mit Ihrer Zeit umgehen.

#### Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben oder angerufen, um Sie an die Vereinbarung einen Kontrolltermin zu erinnern. Sollten Sie **keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Ich wünsche **eine** Teilnahme am Recall-Service.  SMS  Email  telefonisch  Post

#### Datenschutz (DSGVO)

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten sowie Bilder und Röntgenbilder durch die Zahnarztpraxis Dr. Antonia Baitz zu .

Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: Mai 2018) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Weiterhin stimme ich zu ,

dass meine Daten/ Röntgenaufnahmen an einen weiteren Behandler weitergeleitet werden, wenn dies erforderlich ist und Sie uns dazu auffordern. Dies wird in der Patientenakte dokumentiert.

---

Eckernförde, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen (im Interesse der leichteren Lesbarkeit verzichten wir im Text auf die weibliche Form):

#### 1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

**Dr. Antonia Baitz, Bachstrasse 10, 24340 Eckernförde**

#### 2. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite) Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)
- Ergebnis der Bonitätsprüfung bei unserem Abrechnungspartner

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

#### 3. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Falls für Ihre Behandlung Zahnersatz bei einem Zahntechnischen Labor hergestellt werden muss, erhält dieses die dafür notwendigen Behandlungsdaten. Wir haben mit allen Laboren, mit denen wir zusammenarbeiten, entsprechende Auftragsverarbeitungsverträge geschlossen (nach Art. 28 DSGVO), so dass Ihre personenbezogenen Daten auch dort nur mit der dafür notwendigen Sorgfalt verarbeitet werden.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

#### 4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?

Wollen Sie per E-Mail einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

#### 5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (sofern kein vorgenanntes höheres Recht dagegen spricht):

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Stand: Mai 2018