

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer, _____ Postleitzahl, Ort _____

Mitglied

Herr/Frau

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer, _____ Postleitzahl, Ort _____

 Gesetzlich Versichert Privat versichert Standardtarif (Nachweis)

Name des Kostenträgers (Krankenkasse / Versicherung): _____

Kontakt:

Telefon Privat _____ Telefon Geschäftlich _____ Mobil _____ eMail _____ @ _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

Angaben zum Gesundheitszustand sind für die Behandlung unerlässlich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht oder bestand bei Ihnen (dem Patienten) eine Erkrankung (bitte ankreuzen bzw. angeben):

 Herz- und Kreislauferkrankungen Herzklappenersatz, Bypass, Herzschrittmacher Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes) Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung Tumorerkrankungen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tbc, Aids) Atemwegserkrankung (z.B. Asthma) ausgeprägtes schnarchen und Schlafapnoe Osteoporose sonstiges: _____

Durch Betäubungsmittel oder Medikamente kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (Allergie) kommen, die im Extremfall lebensgefährlich sein können.

Besteht bei Ihnen eine Allergie? nein ja, gegen: _____Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, welche: _____Nahmen Sie jemals Bisphosphonate ein? nein ja, welche: _____

Auf spätere Änderungen des Gesundheitszustandes oder das Bestehen einer Schwangerschaft werde ich eigenständig hinweisen. Ich werde Änderungen der Adresse und des Versicherungsstatus (z.B. Wechsel in den Standardtarif) unaufgefordert mitteilen. Vereinbarte Behandlungstermine, welche nicht eingehalten werden können, werde ich möglichst frühzeitig absagen, d.h. mindestens drei volle Arbeitstage vorher. Ansonsten kann die ausgefallene Behandlungszeit berechnet werden.

Besteht keine gesetzliche Krankenversicherung oder werden Leistungen gewählt, die außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkasse liegen, so erfolgt die Berechnung gemäß den Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ). Meine Zahlungspflicht besteht dabei unabhängig von der Erstattung einer Versicherung. Forderungen, für die keine rechtzeitige Zahlung erfolgt, werden unter Übersendung der Abrechnungsunterlagen an eine externe Verrechnungsstelle (z.B. ein Inkassounternehmen) abgetreten.

Ich erkläre mein Einverständnis und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten _____

Patienteninformation zur Lokalanästhesie

Die Lokalanästhesie, auch Betäubung oder Spritze genannt, ist heutzutage im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung nicht mehr wegzudenken.

Im Allgemeinen wird die Lokalanästhesie sehr gut vertragen, schwerwiegende Komplikationen (z.B. Überempfindlichkeit oder allergische Reaktion bis hin zum lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock auf Inhaltsstoffe der Anästhesielösung, dauerhaftes Taubheitsgefühl durch Nervschädigung) sind extrem selten.

Häufig, aber harmlos ist eine schmerzende Einstichstelle. Auch kann es durch Verschleppung von Keimen aus dem Speichel in das Gewebe zu lokalen Entzündungen kommen. Essen und Sport sollte unbedingt bis zum vollständigen Abklingen der Anästhesie vermieden werden, da sonst Bissverletzungen drohen. Nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Lokalanästhesie kann die Fahrtauglichkeit vermindert sein.

Folgende Anästhesiemethoden kommen hauptsächlich zur Anwendung:

Im Oberkiefer und im vorderen Unterkieferbereich wird i.d.R. eine Infiltrationsanästhesie verwendet. Hierbei wird die Anästhesielösung mittels einer Spritze unter die Schleimhaut neben den Zahn direkt an den Kieferknochen verabreicht.

Im hinteren Bereich des Unterkiefers ist der Knochen zu fest, um die Anästhesielösung durchzulassen. Hier wird i.d.R. eine Leitungsanästhesie verwendet, bei der der komplette Unterkiefernerve vor seinem Eintritt in den Kieferknochen betäubt wird. Der gesamte Unterkiefer dieser Seite wird dadurch bis zur Mitte der Unterlippe gefühllos. Wenn auch extrem unwahrscheinlich, so ist bei der Leitungsanästhesie eine Verletzung des Unterkiefer- oder Zungennerves mit daraus resultierendem dauerhaftem Taubheitsgefühl nicht absolut auszuschließen.

In manchen Fällen kommt die Intraligamentäre Anästhesie als Alternative in Betracht, bei der die Anästhesielösung mit Druck direkt in den Spalt zwischen Zahn und Kieferknochen appliziert wird. Hierbei kann es zu Verletzungen des Zahnhalteapparates kommen mit anschließenden Druckschmerzen oder Zahnfleischentzündungen.

Ich habe die Patienteninformation zur Lokalanästhesie zur Kenntnis genommen und habe diesbezüglich keine Fragen mehr.

Schwabach, den _____

Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

der Zahnarztpraxis Holdt

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. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Zahnarztpraxis Holdt

Ludwigstr. 5, 91126 Schwabach

Kontaktdaten: Telefon 09122 84188

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere (Zahn)Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere (Zahn)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.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere (Zahn)Ärzte / Psychotherapeuten, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, (Zahn)Ärztetkammern und private 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 berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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 Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. 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.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 27

91522 Ansbach

6. 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname, ggf. zusätzlich Name des Minderjährigen

hatte die Möglichkeit, mir das in der Praxis ausliegende Informationsblatt zum Datenschutz anzusehen bzw. mir aushändigen zu lassen, in dem u.a. über Art und Umfang der Datenverarbeitung in der Zahnarztpraxis Holdt und über meine Rechte informiert wird.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde

- erhoben, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.
- bei anderen (Zahn)Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- an weitere (Zahn)Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Zahntechnische Labore, die zur Planung und Erbringung von zahntechnischen Leistungen in Anspruch genommen werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Schwabach, _____

Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters