

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns Ihrer Zahngesundheit widmen und uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir bitte vorab einige Informationen. Um Ihnen eine gewissenhafte Behandlung gewährleisten zu können, sind neben den Angaben zu Ihrer Person ebenfalls Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand von Bedeutung. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Zahngesundheit haben und Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen.

Bitte nehmen Sie sich die notwendige Zeit den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxis-Team Dr. Winter und Dr. Simoneit

PERSÖNLICHES

..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer	..... PLZ, Ort
..... Beruf	..... Geburtsort
..... Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer	..... Handynummer
..... e-Mail	

VERSICHERUNG

..... Krankenkasse					
gesetzlich versichert	<input type="radio"/>		privat versichert	<input type="radio"/>	
Zusatzversicherung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Basistarif	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
			beihilfeberechtigt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherungsnehmer?

..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer	..... PLZ, Ort

HAUSARZT

..... Name Ort
---------------	--------------

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet persönliche Empfehlung Sonstiges

Was ist Ihr Hauptanliegen?

Vorsorge/Zahnreinigung	<input type="radio"/>	Zahnaufhellung/Bleaching	<input type="radio"/>
Routinekontrolle	<input type="radio"/>	akute Probleme	<input type="radio"/>
neuer Zahnersatz	<input type="radio"/>	„zweite Meinung“	<input type="radio"/>
andere Gründe:	.....	

Allgemeiner Gesundheitszustand

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein	
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist eine Antibiotikaeinnahme bei zahnärztlichen Eingriffen auf Grund Ihrer Herzerkrankung notwendig?
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ja
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
sonstige Herzerkrankungen oder Herzoperationen:			<input type="radio"/>

Infektionserkrankungen

	ja	nein	
HIV (Aids)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Form (A, B, C, D, E):
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sonstige Infektionserkrankungen:			wenn ja, wann:

weitere Erkrankungen

	ja	nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche?
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche?
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonattherapie? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
künstliche Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antibiotikaeinnahme notwendig? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
welche Gelenke und wann war die OP:			.....
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wie ist Ihr HbA1c (Langzeitzuckerwert)?
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
psychische Erkrankung/Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonattherapie? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
falls ja, welcher Tumor und wann:			.....
andere Erkrankungen			.....
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche Fachrichtung?

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein falls ja, in welchem Monat?

Allergien/Unverträglichkeiten

	ja	nein	wenn ja, welches?
Lokalanästhetikum (Betäubung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotikum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein oder bekommen Sie regelmäßig Infusionen?

welche?.....
(Medikamentenplan bei mehreren Medikamenten)

allgemeine Angaben	ja	nein	
Rauchen Sie zurzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wie viel am Tag?
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen jemals Komplikationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche?
Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Mundgesundheit

	ja	nein
Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen jemals eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt (Parodontitisbehandlung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen der Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie eine Knirscherschiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwenden Sie regelmäßig Mundhygieneartikel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnseide <input type="radio"/>	Zahnzwischenraumbürstchen <input type="radio"/>	
Spüllösung <input type="radio"/>	Sonstiges	
Wie oft reinigen Sie Ihre Zähne täglich?	weniger als 1x <input type="radio"/>	1 bis 2x <input type="checkbox"/>
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?	von Hand <input type="radio"/>	elektrisch <input type="radio"/>
		3x <input type="radio"/>

Wir bitten Sie vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem Termin abzusagen.

Längere Termine bestätigen wir Ihnen zwei Tage vor Behandlungsbeginn. Bei mehrmaligem Versäumnis oder mehrfacher kurzfristiger Absage behalten wir uns vor die Behandlung in Rechnung zu stellen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. **Weitere Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten wurden mir vorgelegt (siehe Anhang).** Darüber hinaus verpflichte ich mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sowie Weitergabe von Röntgenbildern

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist sind Dr. Patrick Winter und Dr. Franziska Simoneit, erreichbar unter der Praxisanschrift Gschwender Str. 32, 73642 Welzheim, Telefon 07182/8288.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Zur Vermeidung unnötiger Röntgenstrahlung tauschen wir Röntgenbilder mit anderen Praxen aus. Die Weitergabe erfolgt nur nach Rücksprache in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Für die Anfertigung von zahntechnischen Leistungen arbeiten wir mit folgenden gewerblichen Laboren zusammen:

- Geiger Dentaltechnik in Schwäbisch Gmünd
- Dentallabor Dietz in Waiblingen
- Dentallabor Knesch in Rudersberg

Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die Labore erfolgt nur in dem für die Erstellung der zahntechnischen Leistungen notwendigen Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihre Praxis Dr. Winter und Dr. Simoneit

Stand 11.07.2023