



Zahnarztpraxis Dr. Thomas Sciuk & Kollegen

Telefon 0821 30710
Prinzregentenstraße 8
86150 Augsburg

info@zahnarzt-sciuk.de
www.zahnarzt-sciuk.de

Liebe Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Zu unserer Information und Sicherheit benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Gesundheitszustand. Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Bogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt und unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Telefon

Mobil

E-Mail

Empfohlen von

Möchten Sie an einen Vorsorgetermin erinnert werden?

per E-Mail per Telefon Nein

Sollten Sie bei einem Partner/in bzw. Elternteil mitversichert sein, geben Sie bitte hier die Daten des Versicherten an:

Vorname

Nachname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Erkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> |

Medikamente

- | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="radio"/> ASS/Aspirin | <input type="radio"/> Clopidogrel | <input type="radio"/> Marcumar | <input type="radio"/> Xarelto |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/> | | | |

Allergien

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Latex |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|

Allgemeines

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Raucher | <input type="checkbox"/> Ich schnarche | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger - Woche: <input type="text"/> |
|--|--|--|

Bitte beachten und unterschreiben Sie auch die Informationen auf der Rückseite.

Ort, Datum

Unterschrift

(Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)



Information

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sicheres und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen. In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem im Unterkiefer evtl. zu einer Irritation der Nervenfasern kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen an der Zunge und an der Unterlippe kommen. Äußerst selten ist auch der temporäre, aber völlig reversible Ausfall der Gesichtsmotorik.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit im Straßenverkehr aufgrund von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung bzw. auch aufgrund einer möglichen Stresssituation einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann. Wir bitten Sie, einen Termin, den Sie nicht einhalten können, mind. 24 Stunden im Voraus abzusagen! Bitte teilen Sie uns Veränderungen in Ihren Angaben und zu Ihrem Gesundheitsstatus stets mit.

Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihres Behandlungswunsches werden personenbezogene Daten sowie medizinische Daten erhoben. Mit dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Thomas Sciuk & Kollegen Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und speichern darf.

Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig, um

- eine Behandlungsplanung, Umsetzung und Dokumentation, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, zu gewährleisten.
- die Kommunikation mit Ihnen sicherzustellen und Sie zu informieren.
- die kaufmännische Vertragsabwicklung zu gewährleisten.
- die Sie behandelnden Zahnärztinnen/Zahnärzte zu informieren.
- die Vertragsabwicklung mit den externen Dentallaboren zu sichern.

Ihre Daten werden ausschließlich für diesen Zweck verarbeitet und gespeichert.

Wir verarbeitende folgenden personenbezogenen Daten:

- Anamnesebogen (Stammdaten und Gesundheitsdaten)
- Patientendokumentation (inkl. Fotodokumentation, Befunde, ggf. Röntgenbilder sowie OP-Berichte)
- Risikoaufklärung

Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde darf auch per E-Mail über eine gesicherte Verbindung erfolgen und dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation entsprechend den gesetzlichen Vorschriften.

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Thomas Sciuk & Kollegen

- meine bei meinem Hauszahnarzt (überwiesene Patienten/-innen) oder sonstigem Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, falls diese für meine Behandlung erforderlich sind.
- Röntgenbilder und Befunde telefonisch sowie per E-Mail per Post an den weiterbehandelnden Zahnarzt weitergeben darf.

Die Daten werden aufgrund meiner freien Entscheidung erhoben und gespeichert.

Die aktuellen Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass ich die aktuellen Datenschutzbestimmungen unter www.zahnarzt-sciuk.de/datenschutz jederzeit ansehen kann.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DGSVO jederzeit schriftlich per E-Mail, Fax oder Brief für die Zukunft widerrufen und verlangen kann. Weiterhin ist mir bekannt, dass meine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden, sofern die Zahnarztpraxis Thomas Sciuk & Kollegen nicht durch gesetzliche Regelungen zur Speicherung verpflichtet ist.

Ort, Datum

Unterschrift

(Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)