

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Name:

Adresse:

-
- Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung und für die Abrechnung der erbrachten Leistungen durch die Praxis zu.
 - Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (zahnarztpraxis-buchholz@gmx.net) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
 - Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf bereits erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).
 - Weiterhin erkläre ich mich mit der Weitergabe von meinen Befunden, Diagnosen, Therapien und Bildmaterial an weitere medizinische Einrichtungen wie Kliniken, Fachärzte und Physiotherapeuten einverstanden und stimme der Weitergabe von Informationen, die meine Behandlung betreffen, auch an meine Zusatzversicherung und Krankenkasse zu.
 - Sie bestimmen drei Personen, denen wir Auskunft geben dürfen und die zur Terminabstimmung berechtigt sind.

Berechtigte Auskunftspersonen

Ich habe die Möglichkeit, in den o. g. Praxisräumen Einsicht in die Patienteninformation zum Datenschutz zu bekommen (Aushang im Wartezimmer).

Ich bin informiert worden, dass es unter Umständen nicht vermieden werden kann, dass der Dienstleister, der die Betreuung des Informationstechnik(IT)-Systems der o. g. Zahnärztin übernommen hat, von meinen Daten Kenntnis erhält. Mir wird versichert, dass der Schutz meiner Daten dabei durch vertragliche Vereinbarungen sichergestellt wird. Die Mitarbeiter des Dienstleisters sind nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Buchholz, den

Unterschrift der/des Patientin/en

Patientendaten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Krankenkasse	Versichert über (bei Patienten unter 18 Jahren)
Zusatzversicherung	Beruf
Hausarzt	E-Mail-Adresse

Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig – die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

☐ ja	☐ nein	1. Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung?
☐ ja	☐ nein	2. Herzerkrankung (Infarkt, Angina pectoris, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörung, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, Stent) oder _____
☐ ja	☐ nein	3. Kreislauf- oder Gefäßerkrankung (z. B. hoher/niedriger Blutdruck, Thrombose, Schlaganfall, Schwindel) oder _____
☐ ja	☐ nein	4. Atemwege/Lunge, z. B. TBC, chronische Bronchitis, Asthma oder _____
☐ ja	☐ nein	5. Magen, Darm, Niere, Blase _____
☐ ja	☐ nein	6. Bewegungsapparat, z. B. Rheuma, Osteoporose, Gelenkerkrankung oder _____
☐ ja	☐ nein	7. Lebererkrankung, z. B. Hepatitis A, B, C oder _____
☐ ja	☐ nein	8. Nervenleiden, z. B. Epilepsie oder _____
☐ ja	☐ nein	9. Stoffwechselerkrankung, z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüse oder _____
☐ ja	☐ nein	10. Wurden Sie wegen Gemütsleiden ärztlich behandelt? Z. B. Depressionen oder _____
☐ ja	☐ nein	11. Blutgerinnungsstörung
☐ ja	☐ nein	12. Augen, z. B. grauer/grüner Star oder _____
☐ ja	☐ nein	13. Allergien, z. B. Heuschnupfen oder _____
☐ ja	☐ nein	14. Infektionen, z. B. TBC, Hepatitis, HIV oder _____
☐ ja	☐ nein	15. momentan Röteln, Masern, Mumps, Scharlach
☐ ja	☐ nein	16. Haut- oder Geschlechtskrankheiten

Anamnese (Fortsetzung)

☐	ja	☐	nein	17. Bluten Sie lange nach, wenn Sie sich schneiden?
☐	ja	☐	nein	18. Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? _____
☐	ja	☐	nein	19. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?
☐	ja	☐	nein	20. Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich?
☐	ja	☐	nein	21. Rauchen Sie regelmäßig? Ca. _____ pro Tag
☐	ja	☐	nein	22. Besteht eine Schwangerschaft?
☐	ja	☐	nein	23. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Präparate ein? Wenn ja, welche: _____
☐	ja	☐	nein	24. Wurde bei Ihnen eine Bestrahlung oder Chemotherapie durchgeführt?
☐	ja	☐	nein	25. Besitzen Sie einen Allergiepass?
☐	ja	☐	nein	26. Treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
☐	ja	☐	nein	27. Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, Pflegegrad: _____

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Hämatom

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung, Schmerzen und in seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Bitte informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- bzw. Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Eine spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach 12 Stunden nicht abgeklungen sein, unterrichten Sie bitte Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen, was auf den Stress und die lokale Irritation zurückzuführen ist. Sie sollten daher nach einer derartigen Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wange, Lippe) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Bissverletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen sind sonst möglich.

Bitte geben Sie jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich an.

Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen bis 24 Stunden vorher abgesagt werden. Sollte diese Frist nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor, nach §§ 611, 615 BGB eine Ausfallgebühr auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

Datum

Unterschrift