

Hauptstrasse 69
68799 Reilingen
Fon: 06205 / 922 392
zahnarzt-dupont@email.de

ZAHNARZTPRAXIS FRANK DUPONT



Tätigkeitsschwerpunkte Zahnersatz und Alterszahnheilkunde

Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie diese Seite vollständig aus.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl/Ort _____

Telefon

Privat _____ Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse Privat Gesetzlich Privat Standardtarif Unversichert

Beruf _____ Hausarzt _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrötmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein
Blutverdünner ja nein
Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporoseerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle: _____ ja nein

Bitte wenden →

Hauptstrasse 69
68799 Reilingen
Fon: 06205 / 922 392
zahnarzt-dupont@email.de

ZAHNARZTPRAXIS
FRANK DUPONT



Tätigkeitsschwerpunkte Zahnersatz und Alterszahnheilkunde

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____ Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit _____

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit _____

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein Datum: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. überwiesen

Dürfen wir für unsere Patientenkartei ein Foto von Ihnen machen? ja nein

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen spezielle Service zum Recall / zur Nachsorge an. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ halbjährlich an Kontrolluntersuchungen.

Ich möchte am „Recall-Service“ teilnehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung. ja nein

Bitte wenden →

Hauptstrasse 69
68799 Reilingen
Fon: 06205 / 922 392
zahnarzt-dupont@email.de

ZAHNARZTPRAXIS FRANK DUPONT



Tätigkeitsschwerpunkte Zahnersatz und Alterszahnheilkunde

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

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 die Zahnarztpraxis Frank Dupont, erreichbar unter der Praxisanschrift Hauptstraße 69, 68799 Reilingen, E-Mail zahnarztpraxis.dupont@web.de und Telefonnummer 06205-922392.

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. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten 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.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

_____, den _____.

Unterschrift