

**Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüßen!**



Gemeinschaftspraxis
Dr. Matthias Feyka & Andreas Dufhaus
Thomas-Mann-Straße 35
42929 Wermelskirchen
Tel.: 02196-841 84 | Fax: 841 15
www.zahnaerzte-wermelskirchen.de

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Anliegen kümmern, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

In Ihrem Interesse bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Patientenunterlagen angefügt und ggf. elektronisch gespeichert. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. (ggf. auch mobil): _____ Beruf: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| privat versichert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Basistarif | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist die versicherte Person?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? Name: _____ Ort: _____

Gesundheitsfragen:

Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC u.a.)? nein ja, folgendes: _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher, -klappenersatz oder eine Herzmuskelschwäche? nein ja, folgendes: _____

Bestehen Probleme mit der Blutgerinnung oder nehmen Sie Gerinnungshemmer (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto u.a.) ein? nein ja, folgendes: _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (Allergiepass vorhanden?) nein ja, folgendes: _____

Bestehen Probleme im Herz-Kreislauf-System, Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck? nein ja, folgendes: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Medikamentenliste vorhanden?) nein ja, folgendes: _____

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder bei Spritzen/Anästhesien aufgetreten? nein ja, folgendes: _____

Anmerkungen und Fragen? Ihr Hauptanliegen?

Rauchen Sie? nein ja

Leiden Sie unter Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Verdauungssystem (Magen, Darm) nein ja

Atmungssystem (obere Atemwege, Lunge, Asthma) nein ja

Nieren-, Harnblasenerkrankungen nein ja

Zuckerkrankheit, Diabetes Typ I oder II nein ja

Rheumatische Erkrankungen nein ja

Zentralnervensystem (z.B. Epilepsie, Parkinson u.a.) nein ja

Kopf- und Gesichtsschmerzen nein ja

Augenerkrankungen (z.B. grüner Star u.a.) nein ja

Zahnfleischprobleme, -blutung nein ja

Beschwerden im Kiefergelenk nein ja

Hatten Sie in letzter Zeit Operationen? nein ja

Rücken-, Nacken-, Wirbelsäulenbeschwerden nein ja

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, ___ Woche

Depression, Nervenleiden nein ja

Osteoporose (Medikamente, insbes. Bisphosphonate?) nein ja _____

Tumorerkrankungen (Medikamente, insbes. Bisphosphonate?) nein ja _____

Drogen-, Alkohol, Medikamentenabusus? nein ja _____

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

- Karies- und Parodontitisprophylaxe Ästhetik/Zahnaufhellung Zahnersatz
 Kieferorthopädie/Zahnfehlstellung Implantate professionelle Zahnreinigung

Information für gesetzlich Versicherte:

Die kassenzahnärztliche Versorgung hat im Umfang einer ausreichenden, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Behandlung zu erfolgen. In Ihrem Interesse behandeln wir jedoch nach dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Forschung und Entwicklung sowie ausschließlich mit hochwertigen Materialien. Dies erfordert in gewissen Bereichen ggf. eine Zuzahlung, über die wir Sie selbstverständlich vorab aufklären.

- Ich wünsche eine Beratung/Behandlung ausschließlich auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkasse.
 Ich wünsche eine Beratung/Behandlung auch über den gesetzlich-kassenzahnärztlichen Umfang hinaus.

Hinweis zur Organisation:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine längeren Wartezeiten für Sie entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. Wir bitten Sie deshalb, dass Sie Ihren Termin - wenn Sie ihn nicht einhalten können - spätestens 24 Stunden vorher absagen.

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet, über die Seite _____ Empfehlung von _____

Haben Sie vor Ihrem ersten Termin unsere Praxishomepage besucht? nein ja

Ich möchte an meine Kontrolltermine erinnert werden ja nein

Bitte denken Sie als gesetzlich versicherter Patient auch an ihr **Bonusheft!**
Wenn gewünscht, stellen wir Ihnen selbstverständlich gerne eines aus.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in, ggf. ges. Vertreter: _____



FEYKA & DUFHAUS
IHRE ZAHNÄRZTE

Gemeinschaftspraxis
Dr. Matthias Feyka & Andreas Dufhaus
Thomas-Mann-Straße 35
42929 Wermelskirchen
Tel.: 02196-841 84 | Fax: 841 15
www.zahnaerzte-wermelskirchen.de

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter 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 sind Dr. Matthias Feyka und Andreas Dufhaus, Thomas-Mann-Str. 35, 42929 Wermelskirchen, Tel.: 02196-841 84, E-Mail: info@zahnaerzte-wermelskirchen.de

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 NRW zu.

Ihre Praxis Dr. Feyka und Dufhaus

zur Kenntnis genommen: Unterschrift Patient/in