

DR. C. OBERHERR & DR. M. OBERHERR

ZAHNÄRZTE

BENDERSTR. 72, 40625 DÜSSELDORF, TELEFON: 0211/288487
INFO@ZAHNAERZTE-BENDERSTRASSE.DE

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bei gesetzlicher Kasse angeben:

Pflichtversichert? ja [] nein []
Freiwillig versichert? ja [] nein []
Privat zahnärztlich Zusatzversichert? ja [] nein []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [] nein []
Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Bei Privatversicherung angeben:

Standardtarif? ja [] nein []
Basistarif? ja [] nein []
Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja [] nein []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert [] E-Mail werden?

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

DR. C. OBERHERR & DR. M. OBERHERR

ZAHNÄRZTE

BENDERSTR. 72, 40625 DÜSSELDORF, TELEFON: 0211/288487
INFO@ZAHNAERZTE-BENDERSTRASSE.DE

Patient: _____

Seite 1

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja []	nein []
Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen	ja []	nein []
Hoher Blutdruck	ja []	nein []
Niedriger Blutdruck	ja []	nein []
Ohnmachtsneigung	ja []	nein []
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja []	nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja []	nein []
Rheuma	ja []	nein []
Diabetes	ja []	nein []
Schilddrüsenerkrankung	ja []	nein []
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja []	nein []
Magen- / Darmerkrankung	ja []	nein []
Nierenerkrankung	ja []	nein []
Lungenerkrankung / Asthma	ja []	nein []
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja []	nein []
Epilepsie	ja []	nein []
Infektionserkrankungen: HIV Tuberculose	ja []	nein []
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja []	nein []
Wenn ja, welche?		

Allergien ja [] nein []

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein [] Wenn ja, bei welchen?

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? ja [] nein [] Wenn ja, in welchem Monat?

Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt?

DR. C. OBERHERR & DR. M. OBERHERR

ZAHNÄRZTE

BENDERSTR. 72, 40625 DÜSSELDORF, TELEFON: 0211/288487

INFO@ZAHNAERZTE-BENDERSTRASSE.DE

Patient: _____

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja []	nein []
Zahnschmerzen	ja []	nein []
Zahnfleischbluten	ja []	nein []
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja []	nein []
Kiefergelenkbeschwerden	ja []	nein []
Knirschen	ja []	nein []
Mundgeruch	ja []	nein []
Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung?	ja []	nein []
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja []	nein []
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja []	nein []
Starker Würgereiz	ja []	nein []
Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?		

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung	ja []	nein []
Weißer Zähne (Bleaching)	ja []	nein []
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja []	nein []
Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja []	nein []
Amalgamsanierung	ja []	nein []
Ernährungsfragen	ja []	nein []
Hypnosebehandlung	ja []	nein []
Implantate / Implantatversorgung	ja []	nein []
Sonstiges		

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Höhe von 150,- € pro Stunde in Rechnung gestellt werden müssen.

Datum _____

Unterschrift _____

Dr. Constantin Oberherr und Dr. Maja Oberherr

Zahnarztpraxis

Benderstr. 72 - 40625 Düsseldorf - Tel: 0211-288487 - Fax:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Name	
Adresse	

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. Maja Luise Oberherr & Dr. Constantin Oberherr. Unsere Datenschutzbeauftragte Frau Friederike Augardt erreichen Sie per eMail: info@zahnaerzte-benderstrasse.de oder über unsere Praxisanschrift.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann übermittelt, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist und Sie in diese 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. Ihr Recht auf Löschung von Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO kann nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen (§ 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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Zahnarztpraxis Dr. Constantin Oberherr & Dr. Maja Luise Oberherr zu.

Ich bin damit einverstanden, dass gemäß gesetzlicher Verpflichtung und/oder zur Erfüllung des Behandlungsvertrages die hierfür jeweils erforderlichen Daten an

- die kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
- weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte
- zahntechnische Labore bei Fertigung von Zahnersatz
- zahnärztliche Abrechnungsstelle

weitergeleitet werden, welche wiederum der ärztlichen Schweigepflicht und/oder der Datenschutzgrundverordnung unterliegen. Weitere Informationen erhalten Sie hierzu unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/4036/>

Ich stimme einer etwaigen Weiterleitung von Röntgenbildern an weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte nach Absprache zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mit der Nutzung meiner Kontaktdaten für den Recall-Service der Praxis / oder eine Terminerinnerung bin ich einverstanden.

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in NRW zu.

Düsseldorf, den

Unterschrift: _____