

# Dr. Michael Dulisch · Zahnarzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns, daß Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

## PERSONALIEN

Patient: .....  
Name Vorname Geburtsdatum

—  
Versicherter: .....  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift privat: .....  
Postleitzahl Ort Straße Telefon privat  
.....  
Handy  
.....  
E-Mail

—  
Arbeitgeber: .....  
Telefon geschäftlich

Beruf: .....

Krankenkasse: .....

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

beihilfeberechtigt

—  
**Unsere zahnärztliche Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlungstermine werden nur nach Vereinbarung vergeben. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie zu den vereinbarten Terminen pünktlich erscheinen. Sollten Sie einmal verhindert sein, so sagen Sie den Termin bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Für einen vereinbarten, aber unentschuldig versäumten Behandlungstermin kann nach § 615 BGB ein Ausfallhonorar verlangt werden.**

—  
Datum: ..... Unterschrift: .....

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN - MEDIZINISCHE ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Gesundheitsfragebogen korrekt und vollständig aus - vielen Dank.  
Ihre Angaben sind wichtig und vertraulich. Sie unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!)

Haben oder hatten Sie...	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
- Gesundheitliche Risiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche? .....		
- jemals einen Herzinfarkt ..... (wann?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- jemals einen Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- allergische Reaktionen / Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Magen-Darm-Leber-Nieren-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Prostataerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- CJK oder vCJK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Antibiotika-Prophylaxe nötig vor zahnärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sind Sie Raucher / Raucherin? (wie viele Zigaretten pro Tag?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Für Frauen: Sind Sie momentan schwanger? (Woche, Monat?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Welche Medikamente? .....		
.....		
- Ihr Hausarzt heißt: .....		

Datum: .....

Unterschrift: .....

# Dr. Michael Dulisch · Zahnarzt

Friedrichstraße 3 77815 Bühl

Telefon: 07223 / 2 32 16

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Michael Dulisch meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte

über den Umfang und die Art meiner Daten

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Physiotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch zahntechnische Labore.

Es ist mir bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters