



Dr. med. dent. Stephan Wilms
& Zahnärztin Jana Wilms

Ludwigsplatz 1
94315 Straubing
Tel.: 09421-12761

Mail: info@zahnarzt-am-stadtturm.de
URL: www.zahnarzt-am-stadtturm.de

Kirchweg 1
94371 Rattenberg
Tel: 09963-2357

Mail: info@zahnarzt-rattenberg.de
URL: www.zahnarzt-rattenberg.de

Patientenangaben

Name:.....Vorname.....Geburtstag.....

Anschrift:.....Telefon:.....

E-Mail-Adresse:.....Tel. tagsüber:.....

Versicherter

Name:.....Vorname.....Geburtstag.....

Versichert bei..... Zusatzversicherung nein () ja ()

Beihilfe nein () ja () PKV-Basistarif nein () ja ()

Ich wünsche rechtzeitige Erinnerungen an notwendige Routinekontrollen und Prophylaxesitzungen: nein () ja ()

Mit der Einsichtnahme meiner Behandler in die Aufzeichnungen und Röntgenbilder des Vorbehandlers bin ich einverstanden: nein () ja ()

Gesundheitsfragen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig **Medikamente** ein? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

2. Haben Sie eine **Allergie**? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....Allergiepass? nein () ja ()

3. Gibt es **Medikamente**, die Sie nicht vertragen? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

4. Ist Ihre **Blutgerinnung** gestört oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. „Markumar“, ASS 100) ein? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

5. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein () ja ()
Tragen Sie **Herzklappenersatz**? nein () ja ()
Hatten Sie eine **Bypass-Operation**? nein () ja ()
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt oder **Schlaganfall**? nein () ja ()
Wenn ja, wann?.....

6. Leiden Sie zur Zeit oder dauerhaft an **Erkrankungen**?
(z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, Grüner Star, Herzmuskelentzündung, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Tumoren/Krebs, Rheuma, Osteoporose) nein () ja ()

Wenn ja, an welchen?.....

7. Bestehen zur Zeit oder dauerhaft **ansteckende Krankheiten**? nein () ja ()
Wenn ja, welche?

8. Falls Sie wegen einer der angegebenen Erkrankungen **in Behandlung** sind, bei wem?

Arzt:.....Facharzt:.....Ort:.....Tel:.....

9. Besteht zur Zeit eine **Schwangerschaft**? nein () ja ()
Wenn ja, in der wievielten Woche?.....

10. Sind Sie **Raucher**? nein () ja ()
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?.....

11. Dürfen bei Ihnen alkoholhaltige Medizinprodukte zum Einsatz kommen?
nein () ja ()

12. Wann wurden Sie zuletzt im Zahn- oder Kieferbereich **geröntgt**?.....

13. Gestatten Sie uns Fotoaufnahmen Ihrer Zähne oder Ihres Mundraumes, wenn es zu Dokumentationszwecken oder für die Kommunikation mit dem Dentallabor oder mit Kollegen sinnvoll ist? nein () ja ()

14. Falls eine Füllungstherapie erforderlich werden sollte:
Welches Füllmaterial wünschen Sie? () Amalgam (ohne Zuzahlung)
() Kunststoff (mit Zuzahlung 20-50€)
() Gold/Keramik (Privatleistung)

Bitte geben Sie vollständige und wahrheitsgemäße Antworten. Bei **Unklarheiten** wenden Sie sich jeder Zeit vor Behandlungsbeginn an das Praxisteam. Teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** bei jedem künftigen Zahnarztbesuch mit.

Nur so können wir eine fachgerechte, an ihren Gesundheitszustand angepasste und möglichst komplikationsfreie Behandlung leisten.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre **Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr** nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlungsmaßnahmen an sich, als auch durch den Einfluss von Medikamenten oder Injektionen.

Datenschutz in unserer Praxis

Für Ihre Behandlung ist es unerlässlich, dass persönliche Daten erhoben und gespeichert werden. Die erhobenen Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Verantwortlich für den Datenschutz ist Dr. Stephan Wilms.

Zu den **erhobenen Daten** gehören u.a. persönliche Daten mit Name, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten, Versichertendaten, Anamnese und evtl. therapeutisch notwendige Fotos.

Der **Zweck der Datenverarbeitung** ist die Erfüllung des Behandlungsvertrags, die Abrechnung gegenüber der KZVB und das Recall-System.

Empfänger der Daten sind: KZVB, Krankenkassen, Dentallabore, zahn-/ärztliche Kollegen, Steuerberater und die Zahn-Ärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V.

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert.

Röntgenaufnahme bei unter 18-jährigen werden mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt.

Sollten Sie Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Wilms gerne zur Verfügung.

Rattenberg,.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum, Unterschrift