

Biologische Zahnmedizin

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgedruckt und ausgefüllt zur Ihrem Termin mit.

Da aufgrund der Nachfrage nach unserem Konzept der biologischen Zahnmedizin sehr lange Wartezeiten bis zu 6 Wochen entstehen, haben wir ein Angebot zur verkürzten Wartezeit entwickelt:

Wenn Sie uns folgende Unterlagen zu Ihrem ersten Termin mitbringen:

- **aktuelles digitales Panoramaröntgenbild 2D oder 3D (DVT) max. 3 Monate alt**
- **Allergiepass**
- **Befunde und Laboruntersuchungen über Ihren aktuellen Vitamin D3 Wert - 25(OH) D3 in ng/ml - und Ihre Werte für LDL (Cholesteroll), Calcium und hsCRP können Sie z.B. bei IMD Labor Berlin Steglitz www.imd-berlin.de erheben und durchführen lassen.**
- **vollständig ausgefüllten Anamnesebogen**

erhalten Sie eine Einschätzung Ihrer Situation und mögliche Behandlungskonzepte.

Wir werten Ihre Unterlagen aus und erstellen mit Ihnen einen Behandlungsplan nach den Grundsätzen der biologischen Zahnheilkunde (keine wurzelbehandelten Zähne, keine Metalle, keine Osteolysen im Kieferknochen, Planung wenn möglich mit Keramikimplantaten).

Falls Sie über kein Röntgenbild oder DVT verfügen sollten, können Sie dies in der Regel kurzfristig bei uns in einem gesonderten Termin anfertigen lassen.

Patienten-Fragebogen

Nachname, Vorname (Patient)

männlich

weiblich

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer /Mobil/ E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse/ Versicherung

gesetzlich versichert

privat versichert - nicht im Basistarif

freiwillig gesetzlich versichert

privat versichert im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung/-ersatz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bypass/ Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zu blauen Flecken |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV /AIDS) | <input type="checkbox"/> Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht,Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Magen- Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Einnahme von Bisphosphonaten |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Neigen Sie zur Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Raucher,-in | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Migräne,Kopfschmerz | |

Allergien und / oder bekannte Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Allergiepass

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche ?

Ich wünsche eine gezielte Beratung über

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Laser-Behandlung | <input type="checkbox"/> Schöneres Lächeln / Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung /
Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="checkbox"/> Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen?

Wir bieten Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Im Rahmen unseres Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.

Ja, ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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).

Ausfallpraxisgebühr bei Nichterscheinen

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Zum Datenschutz

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Ihrer Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechte Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter