

Kreislaufferkrankungen

Blutdruck

zu hoch zu niedrig

Herzerkrankungen (Zustand nach Herzinfarkt, Bypass-OP)

ja nein

.....
Art der Herzerkrankung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

.....
Sonstiges

Schwangerschaft

Sind Sie zur Zeit schwanger?

ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. Monat

Herzkrankheiten

Herzschwäche (Insuffizienz)

ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag

ja nein

Herzasthma, Angina pectoris

ja nein

.....
Sonstiges

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle

ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

ja nein

.....
Sonstiges

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)

ja nein

Magen-/Darmerkrankungen

ja nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja nein

.....
Sonstiges

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle

ja nein

Krämpfe

ja nein

.....
Sonstiges

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)

ja nein

Blutarmut (Anämie)

ja nein

.....
Sonstiges

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ja nein

Tuberkulose ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc. ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? ja nein

..... pos. neg.
Sonstiges

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- / alkoholabhängig? ja nein

.....
Sonstiges

Sind Sie Raucher? ja nein

.....
Zigaretten pro Tag

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontose-Behandlung (PAR) durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann?

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

.....
Geröntgte Körperstellen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich habe keine Einwände, dass die Angaben zu meiner Person sowie die Behandlungsdaten in der Praxis Runge & Runge per EDV gespeichert werden. Änderungen der obigen Angaben werde ich umgehend mitteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Vereinbarung zur Einhaltung eines Behandlungstermins

Praxis Runge & Runge ist eine Bestellpraxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB und § 304 BGB in Verbindung mit dem § 296 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannte Terminvereinbarung gelesen und zeige mich mit der Vereinbarung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin oder erziehungsberechtigter Person

Hinweise zum Datenschutz für unsere Patienten

Für Ihre Behandlung bzw. Untersuchung in unserer Praxis ist die Erhebung, Speicherung, Weiterverarbeitung und Weitergabe Ihrer persönlichen Daten erforderlich. Dieses wird im Grundsatz in §§22,28 Abs. 1 BDSG geregelt. Die Speicherung erfolgt elektronisch gesichert (*passwortgeschützter Zugang für jeden Mitarbeiter*) in unserer Praxis.

Dies wird in verschiedenen Gesetzen und Vorschriften (z. B. SGB V) geregelt. Im Weiteren sind wir nach verschiedenen Rechtsvorschriften verpflichtet/ermächtigt, Ihre persönlichen Daten an Dritte weiterzugeben. Dies dient zum Beispiel der Abrechnung und Qualitätssicherung Ihrer Behandlung nach SGB V, der Überwachung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen oder der Weitergabe nach gesetzlichen Übermittlungsbefugnissen (z.B. Infektionsschutzgesetz, Betäubungsmittelgesetz, gesetzliche Unfallversicherung nach SGB VII).

Im Weiteren kann es notwendig sein, die Behandlungsdaten an Institutionen des Bundes oder der Versicherungsträger (z. B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) weiterzugeben, um finanzielle Rechtsansprüche (*bei Unfällen*) gegen Dritte einzufordern.

Im Regelfall handelt es sich dabei um folgende Daten:

- Familienname und Vorname des Patienten/ der Patientin, ggf. des gesetzlichen Vertreters oder Erziehungsberechtigten
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Wohnort
- Anschrift
- Informationen über die Dauer und Art der Behandlung
- Datum und Uhrzeit der durchgeführten Behandlungen
- Röntgenbilder

Die Weitergabe der Befunde und Untersuchungsdokumentation erfolgt nur an Ärzte, die durch Sie mit Ihrer Behandlung beauftragt wurden (im Regelfall der überweisende Arzt / Kieferorthopäde). Für eine gesonderte Weitergabe Ihrer persönlichen Daten (*insbesondere Untersuchungsergebnisse wie Befunde*) erteilen Sie ggf. später ein gesondertes Einverständnis, da diese Ergebnisse zusätzlich der ärztlichen Schweigepflicht (*die auch unter Ärzten gilt*) unterliegen.

Sollten Sie mit dem Umgang mit Ihren persönlichen Daten nicht einverstanden sein, informieren Sie unsere Mitarbeiter oder unsere Zahnärzte gerne über die daraus entstehenden Folgen.

Ich habe diese Information gelesen und gebe mein Einverständnis zur Erhebung, Speicherung, Weiterverarbeitung und Weitergabe meiner persönlichen Daten, wie diese zu meiner Behandlung / Untersuchung erforderlich sind.

.....
Name, Vorname / Datum

.....
Unterschrift der Patientin / des Patienten ggf. Erziehungsberechtigte/r