

Herzlich Willkommen im Zahnkowski MVZ Zahnmedizin Ratzeburg

Für eine umfassende Behandlung in unserem **ZAHNKOWSKI mvz** bitten wir Sie um ein gründliches Lesen und vollständiges Ausfüllen des Fragebogens. Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und werden somit von uns **streng vertraulich** behandelt. – Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname des Patienten/der Patientin geb. Telefonnummer

Anschrift des Patienten/der Patientin E-Mail Adresse

Name, Vorname des/der Versicherten geb. Ehegatte Mutter/Vater

Anschrift des/der Versicherten (wenn abweichend zu den obenstehenden Adressdaten)

Wie sind Sie krankenversichert? **bitte Kästchen ankreuzen**
 gesetzl. Krankenversicherung freiwillig versichert bei einer gesetzl. Krankenversicherung
 private Krankenversicherung Beihilfe Zusatzversicherung Anderes _____

Was ist Ihr Hauptanliegen?
 Routinekontrolle Beschwerden/Schmerzen Zahnersatz
 Ästhetisches Anliegen Anderes _____

| Allgemeine Informationen | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Besitzen Sie ein geführtes Bonusheft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden in den letzten Jahren Röntgenaufnahmen im Mund- und Kieferbereich angefertigt? Ggf. Datum der Aufnahme _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder Kaumuskulatur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde oder wird eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tritt bei Ihnen regelmäßig oder zeitweise Zahnfleischbluten auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V /DSGVO

Bitte lesen Sie sich die Einverständniserklärung genau durch und bestätigen Sie die Aussagen mit einem Kreuz im jeweiligen Kästchen.

Daten weiterleiten
 Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an meinen Hausarzt/andere Fachärzte/Kieferchirurgen oder einen anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, weiterleitet.

Daten anfordern
 Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt/anderen Fachärzten/Kieferchirurgen oder bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt.

Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.
 Mein behandelnder Zahnarzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Terminbestätigung
 Ich bin damit einverstanden, dass ich an lange Termine erinnert werde und das diesbezüglich ggf. mit Familienangehörigen oder auf den Anrufbeantworter gesprochen wird.

Recall
 Ich möchte an die Vorsorgetermine erinnert werden.
 alle 6 Monate
 alle 12 Monate

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Auf Grund der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben wir unsere Regelungen zum Datenschutz gemäß den neuen Anforderungen aktualisiert. Ausführliche Informationen der Datenschutzhinweise entnehmen Sie bitte unserer Website unter <https://www.zahnarzt-rz.de/datenschutz.html> oder dem im Empfang hinterlegten Flyer.

Datum Unterschrift

Durch einen Praxismitarbeiter auszufüllen:

Eingegeben: _____ ZFA