

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

**PATIENT :**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr./Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Mobiltel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

**VERSICHERTER: (nur ausfüllen, wenn der Patient mitversichert ist)**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Vers.Nr./Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber:

Adressänderungen bitte bekanntgeben!

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Welches Anliegen führt Sie zum Zahnarzt?

Schmerzen  Schwellungen  gestörte Funktion

ästhetische Probleme  Zahnfleischprobleme

sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein

**Hatten Sie oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:**

Herzerkrankung  Herzinfarkt  Herzschrittmacher

Bluthochdruck  Niederer Blutdruck  Blutkrankheit

Zuckerkrankheit  Gicht  Hepatitis

(Diabetes)  Magen-, Darmtrakt  HIV pos.

Atemwege-Lunge  Neuralgie  Epilepsie  Kopfschmerzen, Migräne

Asthma  Heuschnupfen

Anämie  Schilddrüsen

Leberleiden  sonstige Erkrankungen

Osteoporose  Tuberkulose

Allergien: \_\_\_\_\_  regelmäßige Einnahme von Medikamenten? \_\_\_\_\_

## **Einwilligungserklärung Datenspeicherung / Datenverarbeitung**

### **Ich stimme zu, dass folgende persönliche Daten:**

Titel, Vorname, Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, Adresse, Telefonnummern, E-mail-Adressen, Versicherungsdaten, Gesundheitsdaten, Planungs- und Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenbilder und Fotos, (wenn gewünscht Bankdaten zur automatisierten Befüllung von Rückerstattungsformularen) von uns zu folgenden Zwecken gespeichert und verarbeitet werden:

- Kontaktaufnahme und zur Vereinbarung von Terminen (Terminabsagen, Recall, etc.)
- Rechnungslegung und Führung des Schriftverkehrs
- Übermittlung der Behandlungsdaten an die zuständige Krankenkasse über die zahnärztliche Abrechnungsstelle zur Abrechnung der erbrachten Leistungen Weitergabe der notwendigen Daten an zahntechnische Labors zur Anfertigung ihrer zahntechnischen Arbeiten
- Weitergabe von notwendigen Daten oder Röntgen/Bildern an sie ebenfalls be- treuende Ärzte (z.B. Kieferorthopädie, Praktischer Arzt, Internist, etc.)

Ihre persönlichen Daten werden während der aufrechten Geschäftsbeziehung bzw. der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen verschlüsselt und mit Passwort geschützt gesichert und streng vertraulich behandelt. Ihre Daten werden nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung oder im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte (private Versicherungen, Gutachter, Gerichte, etc.) weitergegeben.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit durch den Patienten persönlich, telefonisch unter 07448 4209 oder per E-Mail an info@krist-zmk.at widerrufen werden. Die Löschung ihrer Daten ist nur unter Wahrung der gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht sowie der Nachhaftungsfristen möglich. Sie können jederzeit einen Ausdruck der von Ihnen gespeicherten Daten gegen Entrichtung einer Aufwandsentschädigung anfordern.

### **Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben, und dass ich die Risikohinweise gelesen habe.**

Kematen, am: .....

.....

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. des Betreuers (bei Kindern der Erziehungsberechtigte) \*

\* Liegt die Unterschrift eines Elternteils vor, so erklärt die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.