

# Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Versicherter/gesetzl. Vertreter (falls abweichend))

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Geburtsort Patient

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Versicherung

In unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. **Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.**

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

1. Gerne würden wir Ihrem/r Hauszahnarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisenden Arzt oder Hausarzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen berichten. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hauszahnarzt bzw. überweisenden Arzt und Hausarzt zu nennen, sofern Sie mit einer Übersendung von Berichten und Röntgenbildern einverstanden sind.

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

2. Ich willige ein, dass Daten über die Behandlung bzw. meinem Krankheitszustand bei den oben angebenen Ärzten von der Praxis für Oralchirurgie Maximilian Klein angefordert werden dürfen.
3. Alle per EDV übermittelten Daten z. B. Ihre Röntgenbilder werden ausschließlich verschlüsselt übermittelt.
4. Zur telefonischen Terminvereinbarung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Gerne würden auch wir Sie telefonisch über Terminänderungen, Besprechungen und anderen Anliegen informieren dürfen.
5. Hiermit bestätige ich, dass ich das ausgelegte Infoblatt zum Datenschutz und zur Datensicherheit in der oralchirurgischen Praxis Maximilian Klein zur Kenntnis genommen habe. Mir ist bekannt, dass ich dieses Infoblatt auf Wunsch ausgehändigt bekommen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **soweit ich diese nicht oben insgesamt oder teilweise durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis für Oralchirurgie Maximilian Klein und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter

**>>> Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite >>>**

# Erhebungsbogen für vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

**(bitte Ja oder Nein ankreuzen)**

- |                                                                                         |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie)                                                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie)                                                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankung                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenerkrankung/-defekt                                                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzrhythmusstörungen                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Endokarditis-Prophylaxe<br>(Antibiotikum-Einnahme vor Operationen bei Herzerkrankungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Infektionskrankheiten

**(bitte Ja oder Nein ankreuzen)**

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aids                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis A, B oder C | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Weitere Erkrankungen

**(bitte Ja oder Nein ankreuzen)**

- |                                                                                              |                             |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen                                                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankung                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenfunktionsstörungen                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankungen                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsneigung                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Knochenerkrankungen                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?<br>(Medikament gegen Osteoporose/Krebserkrankung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?                                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Sind Sie gegen Covid19  geimpft; Datum: \_\_\_\_\_  genesen; Datum: \_\_\_\_\_  getestet? Datum: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

**(bitte Ja oder Nein ankreuzen)**

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Regelmäßiger Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Täglicher Alkoholkonsum   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Raucher                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwangerschaft           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Versicherter / gesetzl. Vertreter