



## ANAMNESE & PATIENTENERKLÄRUNG ERWACHSENE

Liebe Patienten und Patientinnen,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Untenstehenden Fragen und Angaben dienen Ihrer Sicherheit und Gesundheit.  
Wir bitten Sie, diese sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht  
und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung optimal für Sie durchführen zu können.  
Viele Dank!

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Geb.-Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     Zusatzversichert     privat versichert     Beihilfe

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Geb.-Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die  
Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

Datum

Erziehungsberechtigter

**Bitte wenden!**



- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck                  | <input type="checkbox"/> Endokarditis- Prophylaxe  |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung             | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / Bypass / Stand  |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung               | <input type="checkbox"/> Rheuma  |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis A,B,C)   | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)  |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung              | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                            | <input type="checkbox"/> Magen – Darm – Erkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung                     | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom, Grüner Star)  |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)           | <input type="checkbox"/> Osteoporose   |
| <input type="checkbox"/> Neigen sie zur Ohnmacht             | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft ( ja <input type="checkbox"/> / vielleicht <input type="checkbox"/> ) |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS / HIV)          | <input type="checkbox"/> Raucher/in  |
| <input type="checkbox"/> Knieprothese / Hüftprothese         |  |
| <input type="checkbox"/> Frühere Operationen (Mund / Kiefer) |  |

welche: \_\_\_\_\_

- Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)  
 Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber gewissen Medikamenten vor?

welche: \_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie uns alle Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen!** (Medikamentenplan)

- Blutverdünner                       Bisphosphonate

Weitere: \_\_\_\_\_

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

Betäubungsmittel können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dieses bei ihren Behandlungsterminen.

#### **HINWEIS ZU UNSERER ORGANISATION**

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch einmal länger warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis.

Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.

**Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.** Vielen Dank für ihr Verständnis.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben**

---

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten  
durch die Praxis Dr. Weskott**

Sehr geehrte/r Patient/in,

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.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Herr Dr. Marvin Weskott

Kontaktdaten: Reinickendorfer Str. 3, 58642 Iserlohn, 02374/2500, info@zahnarzt-weskott.de

<b>1. Recall</b>	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [SMS oder Mail] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
<b>2. Abrechnung über externe Dienstleister</b>	Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
<b>3. Fremdlabor</b>	Unsere Praxis arbeitet gegebenenfalls mit einem Fremdlabor (Dental Labor Prünste, Wasserstr. 25 in 59423 Unna) zusammen. Dort wird Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum für die Abrechnung weitergegeben.
<b>4. Zusendung</b>	Unsere Praxis sendet Kosteninformationen, sowie die Privatliquidation per Post oder Mail an die von Ihnen angegebene Anschrift.
<b>5. Datenweitergabe an Dritte (z.B. Röntgenaufnahmen)</b>	Ihre persönlichen Daten werden auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Rezept, Heilmittelverordnung, Bescheinigung an Arbeitgeber sowie Schulen, Überweisung an Ärzte notiert. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, sowie Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, 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. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

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

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Marvin Weskott und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift (Patient/ bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)**

\_\_\_\_\_

