

PATIENTENDATEN

Seite 2 von 2

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch **NICHT** vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig

Ich bin mit der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes einverstanden.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass **Röntgenbilder**, sofern sie für die Diagnose/Therapie wichtig sind (rechtfertigende Indikation im Rahmen der Röntgenschutzverordnung), bei meinem Kind **angefertigt werden dürfen**:

- ja, immer
 ich möchte bei jedem Bild gefragt werden ich wünsche grundsätzlich **keine** Röntgenbilder bei meinem Kind

Ratingen, _____
Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Informationen zum Datenschutz nach EU-DSGVO

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir dazu verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Patienteninformationen zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung **liegen in schriftlicher Form für Sie aus und können außerdem im Aushang im Wartezimmer eingesehen werden**. Wenn gewünscht, kann darüber hinaus ein Ausdruck der Patienteninformationen erfolgen. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

- Von der ausliegenden Patienteninformation zum Datenschutz habe ich Kenntnis genommen.
- Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Dr. Fabian Liedtke von der Schweigepflicht in Bezug auf die Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an weiterbehandelnde Ärzte, zahnärztliche Labore und Krankenhäuser, **nur soweit dies für Ihre Behandlung erforderlich ist**.

Diese Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ratingen, _____
Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von _____

Internet: Praxishomepage Jameda Google Sonstige

Zeitung/Zeitschrift: _____ Sonstige: _____

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, da viele Krankheiten Auswirkungen auf den zahnärztlichen Bereich haben können.

Bitte füllen Sie die Seiten in Ruhe und vollständig aus. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne weiter!

Patientendaten

_____ Nachname, Vorname (Patient)	_____ Geburtsdatum	_____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Wohnort	
_____ Telefon (privat)	_____ Telefon (mobil)	
_____ Telefon (beruflich/tagsüber)	_____ E-Mail Adresse	

Ich habe Interesse an Informationen der Praxis per E-mail: ja nein

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon-Nr.)

Versicherungsart

ich bin gesetzlich versichert ich bin privat versichert (**NICHT** Basistarif) anders versichert:
 ich bin privat Zusatzversichert ich bin Basistarif-Versicherte(r) _____

Name der Versicherung / Krankenkasse

Ich bin über meine Frau / meinen Mann / meine Eltern versichert:

_____ Nachname, Vorname (Versichertes Mitglied)	_____ Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Wohnort

BITTE WENDEN →