

## HERZLICH WILLKOMMEN ☺



DR. KATJA REIMERS

Wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um ganz gezielt und individuell auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.  
(2 Seiten)

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

HAUPTVERSICHERTER: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

STRASSE / NR: \_\_\_\_\_ PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

TELEFON privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

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

**KRANKENKASSE Name:** \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Zusatzversichert: \_\_\_\_\_  
 Vollversichert  Standardtarif (1,7fach)  Anspruch auf Beihilfe

Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_  Internet  Bewertungsportal

### Mit welchem Anliegen/ Wunsch sind Sie heute bei uns?

Kontrolle  PZR  Bleaching  Inlays  KFO / Harmonie-Schienen/Clear Aligner  
 2.Meinung  Zahnersatz  Ästhetik/ Veneers  Kiefergelenk/Schienen  Schmerzen (Seite 2)  
 metallfrei

Was stört Sie?: \_\_\_\_\_

Letzter Zahnarztbesuch war: \_\_\_\_\_ Jahr, in Praxis Name/Telefon/ e-mail: \_\_\_\_\_

Letzten Röntgenbilder waren ca. aus Jahr : \_\_\_\_\_

Letzte Professionelle Zahnreinigung war: \_\_\_\_\_ Ihr indiv. Recall Intervall: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits kieferorthopädisch behandelt:  JA  NEIN

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung:  JA  NEIN  
Hausarzt/Heilpraktiker: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung  JA  NEIN

Möchten Sie unseren Service nutzen, regelmäßig an ihren Kontroll/-termin erinnert zu werden? (Recallservice)  JA  NEIN



DR. KATJA REIMERS

## **MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE:**

**Allgemeine Anamnese: besteht, oder bestand bei Ihnen:**

- Blutungsneigung  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Herz: (Infarkt, Bypass, Rhythmusstörung)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Künstliche Herzklappen/Schrittmacher  nein  ja, Endokarditisprophylaxe / Ausweis  ja
- Hoher Blutdruck / Schlaganfall  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Asthma / Atemwegserkrankungen  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen (Hepatitis)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung (Dialyse)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Rheuma / Gicht  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Epilepsie  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Diabetes / Zucker  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenüber-/ Unterfunktion  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- HIV-/AIDS-Erkrankung/TBC  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemo)  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- Depressionen / Angstzustände  nein  ja, Med. : \_\_\_\_\_
- ALLERGIEN:  nein  ja, bekannt: \_\_\_\_\_
- RAUCHEN Sie?  nein  ja \_\_\_\_\_ pro Tag/pro Woche
- Sonstige Erkrankungen oder laufende Untersuchungen / Med.: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft  nein  ja Stichtag: \_\_\_\_\_

## **Zahnmedizinische Anamnese:**

- Beschwerden an den Zähnen  Zahnfleischbluten / Mundgeruch wo \_\_\_\_\_
- Parodontosebehandlung Jahr: \_\_\_\_\_
- Kopf-/Nackenschmerzen/Migräne/Schleudertrauma  Geräusche / Probleme im Kiefergelenk
- Probleme mit Narkose- oder Betäubungsmitteln? \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie daran, **wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können**, uns dies **mindestens 24 Stunden vorher** mitzuteilen. **Die Ausfallzeit Ihrer nicht eingehaltener Termine werden wir Ihnen in Rechnung stellen müssen.**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigter



DR. KATJA REIMERS

# Datenschutz

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis und Einverständniserklärung zur Übersendung von Unterlagen und Gesundheitsdaten per E-Mail

In einer Zahnarztpraxis ist die Speicherung und Verarbeitung von Daten üblich, aufgrund der DSGVO (Datenschutzgrundordnung) ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich.

Die Art der verarbeiteten Daten und der Umfang der Verarbeitung und möglichen Empfänger sind in allen Fällen auf das für den Zweck Erforderliche beschränkt.

Die Daten werden nach der Zweckerfüllung gelöscht, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust, oder Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Ich, .....

erkläre mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen von der Zahnarztpraxis zum Zwecke der Rechnungsstellung der Abrechnungsstelle unserer **externen Abrechnungsmitarbeiterin:** Kirsten Buck, Nordseestrasse 25, 25813 Husum übermittelt werden.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis, **mir** Unterlagen, sowie **zahnärztlich tätigen Kollegen (Zahnärzte, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, und dergleichen)** z.B. Befunde, Diagnosen, Therapievorschlüge, Terminabsprachen, Mitteilungen und Röntgenbilder + OPGs im Zusammenhang mit der Behandlung auch per Email zur Kenntnisnahme übersenden darf.

Meine hierfür zu verwendende **Email-Adresse lautet:** .....

oder Terminerinnerungen ggf. auch per SMS, **Mobilnummer:**.....

Ich kann mein Einverständnis zur Übersendung von Unterlagen per Email jederzeit schriftlich widerrufen.

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

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigter