

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus und informieren Sie uns, falls sich im Laufe der Zeit Änderungen ergeben. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

PERSÖNLICHE DATEN

Name _____ Vorname _____ Geb.-Dat. _____

Straße _____ Wohnort _____ Geb.-Ort _____

Tel. privat _____ Tel. gesch. _____ Tel. mobil _____

Email _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Krankenkasse _____

Name des Versicherten (falls abweichend) _____ Geb.-Dat. _____

Adresse des Versicherten (falls abweichend) _____

VERSICHERUNGSMITTELSINFORMATIONEN

VERSICHERUNGS- VERHÄLTNISS

gesetzlich freiwillig versichert private Zusatzvers.

privat beihilfeberechtigt Basistarif

HAUSARZT

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

ÜBERWEISENDER ZAHNARZT

Name _____

Empfohlen von/auf uns aufmerksam geworden durch _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

JA NEIN

Waren Sie während der letzten Jahre in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb _____

Nehmen Sie aktuell oder regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche _____

Haben Sie in den letzten Tagen Medikamente genommen, die die Blutung beeinflussen (ASS, Marcumar, Plavix, Clopidogrel etc.)? Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie Mittel für den Knochenaufbau ein, z.B. Bisphosphonate?

Wenn ja, seit wann _____ als Tablette per intravenösem Zugang

LEIDEN SIE AN

	JA	NEIN
ungewöhnlichen Reaktionen/Allergien auf Spritzen oder Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufstörungen (Blutdruck hoch/niedrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen (Endokarditis, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Schrittmacher) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüber-/ -unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung, Gelenkerkrankung, Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an anderen nicht gefragten Krankheiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was, wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir möchten Sie bitten, pünktlich zu dem vereinbarten Termin zu erscheinen, um unnötige Wartezeiten zu vermeiden. Bei Verhinderung bitten wir um Absage des Termines mindestens 24 Stunden im Voraus. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 40 € in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen während der Behandlungsdauer meinem/meiner Behandler/in mitzuteilen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

Unterschrift

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der oftmals notwendigen lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Dadurch können Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Zahnentfernungen, Operationen o.ä.) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Diese Körperregion wird überwiegend vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Spritze möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sehr sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, lassen sich Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht vollständig ausschließen.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

NERV SCHÄDIGUNG

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind meist vorübergehende, aber in sehr seltenen Fällen auch dauerhafte, Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein können. Es gibt derzeit keine spezielle Therapie, sodass eine spontane Heilung abgewartet werden muss. Dies dauert meistens einige Tage, kann sich aber in Einzelfällen auch mehrere Monate hinziehen. Sollte das Taubheitsgefühl nach maximal 12 Stunden noch nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

HÄMATOM (BLUTERGUSS)

Durch Mikroverletzungen kleiner Blutgefäße kann Blut in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskel kann es zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Falls dies der Fall sein sollte, informieren Sie uns bitte hierüber, sodass eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Durch jede örtliche Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit eingeschränkt werden. Daher sollten Sie nach Eingriffen unter örtlicher Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen.

SELBSTVERLETZUNG

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte auf Nahrungsaufnahme solange dieser Zustand anhält. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

BESTÄTIGUNG DER AUFKLÄRUNG

Die Aufklärungen über zahnärztliche Lokalanästhesie habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Sollten Sie mit der Einwilligung nicht einverstanden sein, behalten wir uns das Recht vor die Behandlung in unserer Praxis nicht durchzuführen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

Unterschrift

AUFKLÄRUNG ÜBER WURZELKANALBEHANDLUNGEN

Die Wurzelkanalbehandlung stellt stets nur einen Versuch des Zahnerhalts dar, wenn z.B. das Nervengewebe im Inneren des Zahnes unheilbar beschädigt, entzündet, bakteriell besiedelt oder bereits abgestorben ist. Unterbleibt eine adäquate Behandlung kann es zu anhaltenden Schmerzen, einer Ausweitung der Entzündung auf den Kieferknochen und einer Abszedierung kommen und weitere therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen. Therapeutische Alternativen zur Wurzelkanalbehandlung sind u.a. die Extraktion des Zahnes und die Wurzelspitzenresektion.

Mögliche Komplikationen und Risiken einer Wurzelkanalbehandlung, die auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt auftreten können sind u.a.:

- Beschwerden am behandelten Zahn, auch während oder nach der Behandlung
- Auftreten von Schwellungen
- Perforation des Wurzelkanals / der Furkation
- Bruch der feinen Wurzelkanalinstrumente im Kanal mit Folgeeingriffen
- Überstopfung des Wurzelkanalfüllmaterials (ggf. in Kieferhöhle/Canalis mandibularis)
- Blasen/Imperfektionen, die eine Erneuerung der Wurzelfüllung erforderlich machen
- Allergien auf Wurzelkanalfüllmaterialien
- Zahnverfärbungen / Dunkelfärbung des Zahnes

AUFKLÄRUNG ÜBER ZAHN-SCHMERZEN NACH DER BEHANDLUNG

Wir verwenden für unsere Zahnfüllungstherapien sowie Befestigungen von Inlays, Kronen etc. moderne, erprobte Materialien und arbeiten nach neuestem Stand der Wissenschaft. Im Rahmen der Versorgung kann es nach der Behandlung auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt unter Umständen zu Überempfindlichkeiten der behandelten Zähne kommen. Dies äußert sich meist als stechender Schmerz unmittelbar nach der Behandlung bzw. nach Abklingen der Betäubung. Falls die Missempfindungen nicht nach einiger Zeit spontan abklingen, ist unter Umständen eine weiterführende Therapie erforderlich, wie z.B. das Auftragen eines Schutzlackes, das Entfernen der Restauration, eine Wurzelkanalbehandlung oder in seltenen Fällen die Entfernung des betroffenen Zahnes.

BESTÄTIGUNG DER AUFKLÄRUNG

Die Aufklärungen über Wurzelkanalbehandlungen und postoperative Hypersensibilitäten habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Sollten Sie mit der Einwilligung nicht einverstanden sein, behalten wir uns das Recht vor die Behandlung in unserer Praxis nicht durchzuführen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

71 | Zwei

Dr. Sonja Nensa

Dr. Moritz Nensa

Außer der Schleifmühle 71

28203 Bremen

Telefon: 0421 – 246880

E-Mail: info@71zwei.de

Sie erreichen unsere zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Gitta Lau

W&B Plus GmbH

Steinmetzstr. 7

23556 Lübeck

Telefon: 0451 – 2027150

E-Mail: dsb@wb-datenschutz.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Foto- und Videoaufnahmen, Röntgenaufnahmen, Recall-System und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können diese Daten auch mit anderen Ärzten, Physiotherapeuten oder anderen Fachgruppen, bei denen Sie in Behandlung sind, ausgetauscht werden (z.B. in Arztbriefen). Bei einigen operativen Eingriffen und Behandlungen ist eine Kontrolle/Nachsorge nach drei bis sechs Monaten erforderlich. Hieran erinnern wir Sie bei Bedarf per Anruf, E-Mail, SMS oder Brief.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass das gesamte im Rahmen der Behandlung angefertigte Bild- und Videomaterial – auch bei Erkennbarkeit meiner Person/meines Kindes – zu wissenschaftlichen Zwecken sowie Ausbildungszwecken durch den Behandler oder dessen Mitarbeiter (Assistenz, Zahn-techniker) veröffentlicht werden kann. Dies umfasst die Veröffentlichung in Vorträgen, (Fach-)Zeitschriften, Lehrbüchern, wissenschaftlichen Publikationen, digitalen Medien. Die Rechtsgrundlage ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 Buchst. B DS-GVO (Erfüllung eines Vertrages).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, behalten wir uns das Recht vor, die Behandlung in unserer Praxis nicht durchzuführen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (Aufzeichnungen über ärztliche Behandlungen, z.B. Patientendaten, Anamnese, Befund, Diagnose) nach § 630 f Abs. 3 BGB. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung, wohingegen Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen (§ 28 Abs. 1 S. 2 RöV) und Röntgenbilder gemäß § 28 Abs. 3 RöV lediglich 10 Jahre aufbewahrt werden müssen. Nach § 28 Abs. 3 S. 3 RöV sind Röntgenbilder von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bis zu Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei einer zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Frau Dr. Imke Sommer
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven
Telefon: 0421 -3612010 oder 0471 - 5962010
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

7. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis über die Verfügung meiner Daten im Rahmen der Datenverarbeitung / des Datenschutzes.

Ort, Datum

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben

Unterschrift