



Dr. med. dent. Stephan Wilms
& Zahnärztin Jana Wilms

Ludwigsplatz 1
94315 Straubing
Tel.: 09421-12761

Mail: info@zahnarzt-am-stadtturm.de
URL: www.zahnarzt-am-stadtturm.de

Kirchweg 1
94371 Rattenberg
Tel: 09963-2357

Mail: info@zahnarzt-rattenberg.de
URL: www.zahnarzt-rattenberg.de

Patientenangaben

Name:..... Vorname..... Geburtstag.....

Anschrift:..... Telefon:.....

E-Mailadresse:..... Tel. tagsüber:.....

Versicherter

Name:..... Vorname..... Geburtstag.....

Versichert bei..... Zusatzversicherung nein () ja ()

Beihilfe nein () ja () PKV-Basistarif nein () ja ()

Ich wünsche () halbjährliche () jährliche () keine Erinnerung an die Routinekontrolle.

Gesundheitsfragen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Wünschen Sie bei der Behandlung eine **Betäubungsspritze**? nein () ja ()
Haben Sie diese bisher immer gut vertragen? nein () ja ()

2. Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig **Medikamente** ein? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

3. Haben Sie eine **Allergie**? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....Allergiepass? nein () ja ()

4. Gibt es **Medikamente**, die Sie nicht vertragen? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

5. Ist Ihre **Blutgerinnung** gestört oder nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente (z.B. „Markumar“, ASS 100) ein? nein () ja ()
Wenn ja, welche?.....

6. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein () ja ()
Tragen Sie **Herzklappenersatz**? nein () ja ()
Hatten Sie eine **Bypass-Operation**? nein () ja ()
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt oder **Schlaganfall**? nein () ja ()
Wenn ja, wann?.....

7. Leiden Sie zur Zeit oder dauerhaft an **Erkrankungen**?
(z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, Grüner Star, Herzmuskelentzündung, Herzinsuffizienz,
Bluthochdruck, Tumoren/Krebs, Rheuma, Osteoporose) nein () ja ()

Wenn ja, an welchen?.....

8. Bestehen zur Zeit oder dauerhaft **ansteckende Krankheiten**? nein () ja ()
Wenn ja, welche?

9. Falls Sie wegen einer der angegebenen Erkrankungen **in Behandlung** sind, bei wem?

Arzt:.....Facharzt:.....Ort:.....Tel:.....

10. Besteht zur Zeit eine **Schwangerschaft**? nein () ja ()
Wenn ja, in der wievielten Woche?.....

11. Sind Sie **Raucher**? nein () ja ()
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?.....

12. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? nein () ja ()
Wenn ja, welche und wieviel?..... nicht mehr ()

13. Wann wurden Sie zuletzt im Zahn- oder Kieferbereich **geröntgt**?.....

14. Gestatten Sie uns Fotoaufnahmen ihrer Zähne oder ihres Mundraumes, wenn es zu
Medizinischen Dokumentationszwecken oder zur Kommunikation mit dem Dentallabor
oder mit Kollegen sinnvoll ist? nein () ja ()

Bitte geben Sie vollständige und wahrheitsgemäße Antworten. Bei **Unklarheiten** wenden Sie sich jeder Zeit vor
Behandlungsbeginn an das Praxisteam. Teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** bei jedem
künftigen Zahnarztbesuch mit.

Nur so können wir eine fachgerechte, an ihren Gesundheitszustand angepasste und möglichst komplikationsfreie
Behandlung leisten.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre **Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr** nach zahnärztlichen
Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die
Behandlungsmaßnahmen an sich, als auch durch den Einfluss von Medikamenten oder Injektionen.

Datenschutz in unserer Praxis

Für Ihre Behandlung ist es unerlässlich, dass persönliche Daten erhoben und gespeichert werden. Die erhobenen
Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Verantwortlich für den Datenschutz ist Dr. Stephan Wilms.

Zu den **erhobenen Daten** gehören u.a. persönliche Daten mit Name, Adresse, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten,
Versichertendaten, Anamnese und evtl. therapeutisch notwendige Fotos.

Der **Zweck der Datenverarbeitung** ist die Erfüllung des Behandlungsvertrags, die Abrechnung gegenüber der
KZVB und das Recall-System.

Empfänger der Daten sind die KZVB, Krankenkassen, Dentallabore und ärztliche/zahnärztliche Kollegen,
Steuerberater.

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert.
Röntgenaufnahme bei unter 18-jährigen werden mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres
aufbewahrt.

Sollten Sie Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der
Zahnarztpraxis Wilms gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Straubing,.....
Datum, Unterschrift