

### Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- eine Herzklappenentzündung  Angina Pectoris  
 einen Herzschrittmacher  einen Herzinfarkt

### Medikamente: Nehmen Sie...

- Herzmedikamente (z.B. Blutdrucksenker)  Cortison (Kortikoide)  
 Schmerzmittel  Antidepressiva z.B. Citalopram, Paroxetin, Fluoxetin  
 blutverdünnende Medikamente: z.B. Marcumar, Falithrom, ASS, Clopidogrel/Plavix, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana  
 Bisphosphate z.B. Alendronsäure/Fosamax, Actonel  
 Nahrungsergänzungsmittel Wenn ja, welche?

andere

Medikamente: \_\_\_\_\_

Bekommen Sie in regelmäßigen Abständen Spritzen verabreicht?  ja  nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja  nein

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Fragen/

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, Abs 1 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen-Anhalt oder externer Abrechnungsstellen, sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle, etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

ja

nein

Ich erkläre mich gem. § 353SGBV mit der Erfassung, Speicherung u. Aktualisierung meiner Daten, wie Bonusheft, Pathologiebefunde u. Arztbriefe in der elektronischen Patientenakte (ePA) einverstanden.

ja

nein

Ich bin darauf hingewiesen wurden, dass ich die Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7, Abs. 3, DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitungen nicht berührt (Art.7, Abs.3, Satz 2 DSGVO).

### Bemerkung Ausfallhonorar

#### **Ausfallhonorar bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins.**

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird.

Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach übliche Wartezeiten erspart bleiben.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Andernfalls wird Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Separat erhalten Sie einen Ausdruck über das DZR (Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum). Sollten Privatleistungen zustande kommen werden diese ausschließlich über das DZR abgerechnet.**