



**Grothues25, 48351Everswinkel Tel:02582-65205 Fax:02582-65231**

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

Mitglied: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat beruflich Handy

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Überweiser: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

**Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:**

**Leiden Sie an:**

	Ja	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe angewiesen?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten? (Hepatitis, Tbc, AIDS, o.a.) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeiten / Allergien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. Atemwegserkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörung / Schnarchen ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ? _____		
<b>Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ? _____		
Besteht eine Schwangerschaft ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wann wurden Sie das letzte mal Im Kopf-Hals Bereich geröntgt.</b> _____		

**Möchten Sie in unser RECALL-PROGRAMM aufgenommen werden ?** Ja  Nein

**Möchten Sie zur Termin-Erinnerung eine SMS am Tag vorher bekommen?** Ja  Nein

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Das heißt, wir reservieren den Termin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, diesen Termin pünktlich einzuhalten. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Absage, damit wir den Termin weitervergeben können. Termine, die weniger als 24 Stunden im Voraus ohne plausiblen Grund abgesagt oder verschoben werden, werden gegebenenfalls, gemessen an der tatsächlichen entstandenen Wartezeit des Behandlers, in Rechnung gestellt. Diese Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_



*Grothues 25, 48351 Everswinkel  
Tel: 02582/65205 Fax: 02582-65231  
E-Mail: [info@zahnarztpraxis-vandijk.de](mailto:info@zahnarztpraxis-vandijk.de)*

Amalgam ist immer noch die „Regelversorgung“ im Seitenzahnbereich und die Kosten hierfür werden von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.  
In unserer Praxis wird seit vielen Jahren kein Amalgam mehr verwendet.

Bei der Versorgung mit Füllungen aus Kunststoff, dentinadhäsiven Mehrschichtkonstruktionen im Front-und Seitenzahngebiet, wird gemäß § 28 Abs. 2 SGB V vor Behandlungsbeginn eine Mehrkostenregelung getroffen.  
Die preisgünstige plastische Füllung wird als Sachleistung abgerechnet und die Mehrkosten werden privat in Rechnung gestellt. Abrechnungsgrundlage dafür ist die GOZ.

Kunststoff-Füllungen für Kinder, Jugendliche und Schwangere sind mittlerweile Bestandteil der Regelversorgung und entsprechend höher honoriert, dementsprechend fallen keine Mehrkosten an.

### **Einverständniserklärung**

Ich bin über die verschiedenen Füllmaterialien aufgeklärt worden und wünsche, wo möglich, Kunststoff anstelle von Amalgam. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Erstattung durch die Krankenkasse nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.  
§ 5 GOZ in Verbindung mit § 28 Abs. 2 SGB V.

**Je nach Größe der Füllung entstehen Restkosten in Höhe von 35,- bis 90,- Euro.**

Patienten: \_\_\_\_\_

Everswinkel, \_\_\_\_\_  
Datum u. Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten  
durch die Praxis Chris van Dijk**

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

1. Anforderung verschiedener Daten	Gerne fordern wir weiterhin für Sie medizinische Unterlagen, Formulare, Behandlungspläne, Bonusheft und Röntgenbilder an.
2. Übermittlung Ihrer Daten an weitere Dienstleister und Leistungserbringer	Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Diese Leistungserbringer müssen dann ihrerseits die von Ihnen unterschriebene Einverständniserklärung erbringen. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.
2. EDV übermittelte Daten	Alle per EDV übermittelte Daten z.B. Ihre Röntgenbilder werden von uns ausschließlich verschlüsselt übermittelt
3. Telefongespräche	Zur telefonischen Terminvereinbarung stehen wir Ihnen wie immer zur Verfügung. Gerne würden auch wir Sie telefonisch informieren dürfen bei Terminänderungen, Besprechungen und weiteren Anliegen.
4. Auskunft über Ihre Erkrankungen und Befunde an Dritte	Wenn Sie wünschen das weitere Personen Auskunft über Ihre Erkrankungen und Patientendaten bekommen, teile sie uns bitte dann die Namen der Personen mit. Zusätzlich müssen Sie eine weitere Einverständniserklärung unterschreiben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Chris van Dijk und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Die „Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung“ wurde mir ausgehändigt und habe ich zur Kenntnis genommen.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_