

Dr. med. dent. **C o r i n n a N e n t w i g**
Dr. med. dent. **A n d r e a s N e n t w i g**



Holstenstraße 88/90, 24103 Kiel, Tel: 0431-95225

Sehr geehrte Patienten,

aus datenschutzrechtlichen Gründen möchten wir Sie bitten, ergänzend folgende Erklärung zu unterzeichnen:

Ich habe die Praxisinformation, die im Wartezimmer und an der Anmeldung sichtbar aushängt, gelesen und entbinde sowohl die Ärzte Dr. C. Nentwig, Dr. A. Nentwig, Dr. M. Wilckens und I. Lorentzen, die in der Praxisgemeinschaft tätig sind, ausdrücklich von der Schweigepflicht untereinander, um im Vertretungs- oder Konsiliarfall die lückenlose Betreuung sicherstellen zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zusatzuntersuchungen (zum Beispiel Laboruntersuchungen) meine entsprechend notwendigen Patientendaten an die untersuchende Einrichtung (Labor) und deren Abrechnungsstelle übermittelt wird.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass der überweisende Arzt und andere mitbehandelnden Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.

Diese Erklärung bezieht sich auch auf in dieser Praxis befindliche Behandlungsfälle von Minderjährigen oder sonstigen Personen, für die ich ein Betreuungsrecht ausübe.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen können.

Die Abfrage der Untersuchungsbefunde (wie zum Beispiel Facharztberichte) liegt im Verantwortungsbereich des Patienten. Hierfür ist ein Besprechungstermin mit den Mitarbeiterinnen an der Anmeldung oder telefonisch zu vereinbaren. Die Praxis teilt Befundergebnisse nicht am Telefon oder einer dritten Person mit, außerdem werden Befundberichte oder -ergebnisse nicht per E-Mail versendet.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift

Anmeldeformular

Personalien:

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Anschrift: Straße/ Nr.	
PLZ, Wohnort	Telefon
Beruf	Telefon geschäftlich

Name der Krankenkasse _____

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Zusatzversichert |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Vollversichert |
| <input type="checkbox"/> Basistarif (2,0fach) | <input type="checkbox"/> Anspruch auf Beihilfe |

Gesundheitsfragebogen:

Es ist uns wichtig, wenn wir einige Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes und/oder Medikamentenunverträglichkeiten bekämen und bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten und sie dann gemeinsam mit der beiliegenden Einwilligungserklärung zur Erhebung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. I b SBG V durch den Facharzt, an der Anmeldung abzugeben.

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.) Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?
z.B. Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10.) Haben Sie eine Allergie?
Welcher Art?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 11.) Rauchen Sie ?
Wenn ja, wie viel am Tag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.) Hatten Sie je ein Leberleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12.) Besitzen Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.) Leiden Sie an Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13.) Leiden Sie an Rheuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.) Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen (z.B. nach Verletzungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14.) Leiden Sie an HIV/ AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.) Leiden Sie an Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15.) Leiden Sie an Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.) Hatten sie je Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16.) Sonstige Erkrankungen: | | |
| 7.) Haben Sie ein Schilddrüsenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

8.) Wurden/ werden Sie aufgrund von Osteoporose mit Bisphosphonaten behandelt (z.B. Zometa Aredia, Bondronat, Fosamax, Actonel)?

Ja Nein

17.) Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein

9.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....

Ich bin an einer Beratung zu folgenden Themen interessiert:

- Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz Amalgamsanierung
 Bleaching (Zahnaufhellung) Implantologie Sonstiges _____

Gesundheitsvorsorge:

Gerne erinnern wir unsere Patienten an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung per E-Mail.

Ja Nein

E-Mail: _____

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Internet
 auf Empfehlung von _____
 andere Quelle _____

Ich (Name, Geburtsdatum) _____

Erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Dr. C. & A. Nentwig, Holstenstraße 88/90, 24103 Kiel, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Physiotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter