

Patienten-Anamnese

Kontaktdaten	
Vorname / Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Stadt:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenkasse:	

Möchten Sie halbjährig an Ihre Untersuchung erinnert werden? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft und wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck? ja nein

Niedriger Blutdruck? ja nein

Herzklappenfehler / Herzklappensatz? ja nein

Herzschrillmacher / Stents? ja nein

Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) ? ja nein

Herzoperationen? ja nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion? ja nein

Hepatitis? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Sind Sie gegen Corona/Covid-19 geimpft und/oder genesen? ja nein

Allergien & Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen? ja nein

Antibiotika? ja nein

Schmerzmittel? ja nein

Latexallergie? ja nein

Metalle (Nickel etc.)? ja nein

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein

Asthma / Lungenerkrankung? ja nein

Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit? ja nein

Drogenabhängigkeit? ja nein

Nervenerkrankung? ja nein

Nierenerkrankungen? ja nein

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Osteoporose Erkrankung? ja nein

Rheuma/Arthritis? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate?
(zur Behandlung von Osteoporosen oder bei Krebserkrankungen) ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Eine ausführliche Patienteninformation zum Thema Datenschutz finden Sie als Aushang im Wartezimmer.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und stimme mit meiner Unterschrift der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu.



Ratingen, den _____ Unterschrift: _____



Wir bitten Sie vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vorher telefonisch oder per Mail abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, die versäumte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen !!!



(Stand Juni 2025)



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

N-dent / Zahnarztpraxis Dr. R. Nemat

Pestalozzistr. 3, 40878 Ratingen

Tel.: 02102 - 21881

E-Mail: mail@n-dent.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 und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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 mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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 der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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