

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu.  
Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Patientenname .....

Vers. Nr. & Geburtsdatum ..... Krankenkasse .....

Adresse .....

Telefon Privat ..... Telefon Arbeit .....

Email .....

Name Hauptversicherter .....

Vers. Nr. & Geburtsdatum ..... Beruf .....

Adresse Arbeit .....

**ACHTUNG! KRONEN, BRÜCKEN, GOLD und KERAMIKARBEITEN sind keine Kassenleistungen!**

Leiden Sie unter Allergien (Medikamente, Nickel oder sonstige Metalle)?  Ja  Nein

Wenn ja welche? .....

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkserkrankungen)   | <input type="checkbox"/> Hämophilie (Bluterkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                    | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                        | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                      | <input type="checkbox"/> Nierenleiden                 |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star)            | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen             |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                      | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher            |
| <input type="checkbox"/> HIV (AIDS)                       | <input type="checkbox"/> Leberleiden                  |
| <input type="checkbox"/> Infektiöse Hepatitis (Gelbsucht) |   |

Sonstige andere Erkrankungen .....

Sind sie derzeit Schwanger?  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja welche? .....

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden?  Ja  Nein

Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht? .....

Bei **Nichteinhalten eines Termins** ohne Absage (min. 1 Tag vorher) werden € 36.- verrechnet!  
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass ich nach jeder Behandlung eine Honorarnote erhalte,  
die ich nach Bezahlung bei meiner Krankenkasse einreichen kann.  
Ich wurde über das Wahlarztsystem aufgeklärt.

.....  
Datum

.....  
Patienten Unterschrift (Vor & Nachname)

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Es besteht keine Verpflichtung zur Erteilung der Einwilligung. Die Nichterteilung hätte jedoch zur Folge, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden folgende personenbezogene Daten zur weiteren Behandlung, Dokumentation, Kontaktpflege und Verrechnung benötigt:

## Persönliche Daten

Name, Anschrift, Telefon, Email, Geb. Datum, Krankenkasse, Vers. Nr., Bankdaten

## Sensible persönliche Daten

Relevante Vorerkrankungen und bestehende Erkrankungen, Allergien, Schwangerschaft, relevante medizinische Unterlagen und Befunde

## Persönliche Daten relevanter Ansprechpersonen

Name, Anschrift, Telefon, Email, Geb. Datum, Krankenkasse, Vers. Nr.

Die Daten werden zum Zweck der Dokumentation und der Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen 10 Jahre gespeichert. Sämtliche Daten unterliegen der vereinbarten bzw. gesetzlichen Verpflichtung zur Verschwiegenheit und dem Schutz personenbezogener Daten.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt, abgesehen von wirtschaftstypischen Empfängern wie Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten, Zahntechnikern, Banken, Steuerberater, Rechtsanwälte, etc., nur aufgrund gesetzlicher Grundlage bzw. in Abstimmung mit dem Patienten.

Es besteht das Recht auf Widerruf der Verarbeitung per Schriftform. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten wird durch den Widerruf nicht berührt.

Es besteht das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung ihrer personenbezogenen Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Recht zur Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (Österreichische Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, +43 1 52 152-0, dsb@dsb.gv.at)

- Ich willige ein, dass meine sensiblen und persönlichen Daten zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung erforderlichen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsdatenverarbeiter oder andere Verantwortliche weitergeleitet werden.
- Ich möchte per SMS oder Email für Termineinladung oder Benachrichtigung kontaktiert werden.

.....  
Datum

.....  
Patienten Unterschrift (Vor & Nachname)