



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung zur Erfassung, Bearbeitung und Speicherung von Patientendaten (DSGVO)**

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (Zahnärzte, Ärzte, Labore) zu übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z. B. mittels Arztbrief, Telefonate, Fax, Email), bedarf es Ihrer Einwilligung.

#### **Einwilligung in das Anfordern und die Weitergabe von Daten:**

Hiermit willige ich ein, dass Daten und Röntgenbilder von anderen Zahnarztpraxen oder gegebenenfalls der UK Münster an meine Praxis weitergegeben werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Zahnärztin innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit per schriftlichen Antrag unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten bekomme.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten und das Recht auf Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Münster, den: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_



Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Geb. Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  m  w  d  
Tel. dienstlich \_\_\_\_\_

**Name der Krankenkasse/ Versicherung**

gesetzlich  privat versichert  Beihilfe

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter der Familie**

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

Blank area for entering family insurance details.

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Ja  Nein

ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten

Haben Sie Drogenkonsum? Ja  Nein

Besitzen Sie einen Pflegegrad? Ja  Nein

wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Ja  Nein

**Nehmen Sie Medikamente ein?** Wenn ja, welche?

Blank area for listing current medications.

**Insbesondere:**

Zur Beeinflussung der Blutgerinnung \_\_\_\_\_

Zur Beeinflussung des Knochens \_\_\_\_\_

**Zur Zeit bestehende Krankheiten**

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung
- Zuckererkrankung
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.)
- Tumorerkrankung

Überempfindlichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, welche?

Blank area for listing allergies or sensitivities.

Sonstige Erkrankungen oder Allergien? Wenn ja, welche?

Blank area for listing other conditions or allergies.

Wünschen Sie eine halbjährliche Erinnerung zur Vorsorge?  Telefon (Whatsapp)  E-Mail  Nein

Wie/ durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Münster, den**

**Unterschrift**

Blank area for the date.

Blank area for the signature.