



**mensch  
undzahn**

Ganzheitliche  
Zahnmedizin

## Gesundheits-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der aktuellen DSGVO (Näheres hierzu bitte ab Seite 4). Herzlichen Dank. Bei Fragen sprechen Sie uns gern an.

Ihr Team von **Mensch und Zahn.**

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

Titel/Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon*
Straße	E-Mail*
PLZ, Wohnort	Beruf*

### Angaben zur / zum Versicherten

Bitte nur ausfüllen, wenn Patientin / Patient in einer Familienversicherung mitversichert ist.

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon*
Straße	E-Mail*
PLZ, Wohnort	Beruf*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z. B. Netzwerk, Internet, persönliche Empfehlung, Social Media)?

\_\_\_\_\_

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?

\_\_\_\_\_

### Angaben zur Versicherung\*

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     Zahn-Zusatzversicherung     privat versichert     freiwillig versichert

\* freiwillige Angabe

## Ihre Gesundheitssituation

Um Risiken im Vorfeld der Behandlung einschätzen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand bitte möglichst genau.

### Zahnmedizin\*

Was ist Ihr Anliegen (z. B. Zahnersatz, Implantate, Ästhetik)?

---

---

---

---

Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Vorbehandelnder Zahnarzt (Name)

---

### Allgemeinmedizin

Hausarzt (Name und Adresse)\*

---

---

Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein  
Rheumatoide Arthritis  ja  nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Pflaster, Modeschmuck)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Blutdruck hoch  ja  nein  
Blutdruck niedrig  ja  nein

Herzkrankung  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  ja  nein

Endokarditisprophylaxe  ja  nein

(vorbeugende mediz. Maßnahmen zur Verhinderung einer infektiösen Herzinneht-Entzündung)

Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Lungenerkrankung (Asthma)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Nierenerkrankung  ja  nein

Infektionskrankheit  ja  nein

(z. B. HIV, MRSA, Hepatitis)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Osteoporose  ja  nein

Nehmen Sie / haben Sie Bisphosphonate (Medikamente zur Behandlung von Osteoporose) eingenommen?  ja  nein

Tumorerkrankung  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wenn Sie einen Medikamentenplan haben, legen Sie uns diesen bitte vor.

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe

## Ihre Zahngesundheit

### Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?

- weniger als einmal  
 ein - bis zweimal  
 \_\_\_\_\_ - mal

Haben Sie Zahnfleischbluten?

- oft  
 selten  
 nie

Haben Sie Mundgeruch?

- oft  
 selten  
 nie

Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen trockenen Mund (wenig Speichel) haben?

- oft  
 selten  
 nie

### Fluoridangebot

Nutzen Sie Zahnpasta mit Fluorid?  ja  nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein

### Ernährung

Konsumieren Sie zuckerhaltige Produkte (z. B. Süßigkeiten, Softdrinks)?

- ja  
 nein

Wenn ja, wie oft?

---

### Rauchen

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele?

---

Haben Sie geraucht?  ja  nein

Wenn ja, wann haben Sie aufgehört?

---

### Funktion

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

Tragen Sie eine Knirschschiene?  ja  nein

Haben Sie empfindliche Zähne?  ja  nein

Haben Sie sonstige Angewohnheiten?  ja  nein

Zungenbeißen  Zungenpressen

Wangenbeißen  Wangensaugen

### Parodontitis

Hatten Sie bereits eine Parodontitis-  
behandlung (auch Parodontosebehandlung  
genannt)?  ja  nein

Wenn ja, wann?

---

### Ästhetik

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?

- sehr zufrieden  
 mäßig zufrieden  
 nicht zufrieden  
 überhaupt nicht zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung/Form?

- sehr zufrieden  
 mäßig zufrieden  
 nicht zufrieden  
 überhaupt nicht zufrieden

### Zahnersatz

Besitzen Sie einen Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate, Prothesen)?

- ja  
 nein

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnersatz?

- sehr zufrieden  
 mäßig zufrieden  
 nicht zufrieden  
 überhaupt nicht zufrieden

## Umwelt-ZahnMedizin

Interessieren Sie die Wechselwirkungen zwischen Zahnproblemen und der Situation in Ihrem gesamten Körper?

Bei uns hat die sogenannte Bio-Kompatibilität von in den Mund eingebrachten Materialien einen großen Stellenwert. Daher haben Sie bei uns die Möglichkeit, die vorhandenen Materialien auf ihre Verträglichkeit zu testen und ein Entzündungs-Screening durchzuführen.

Ja, bitte lassen Sie uns darüber sprechen.

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht abgesagten Terminen werden Ihnen die Ausfallzeiten (40,- bis 160,- Euro) in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben auf den Seiten 1 bis 3 sowie die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr mit Ihrer Unterschrift. **Herzlichen Dank.**

Ort, Datum

Unterschrift

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, nachfolgend die Informationen:

### Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß Artikel 4 Abs. 7 DSGVO.

Diese Datenschutz-Information gilt für die Datenverarbeitung durch / verantwortlich ist:

Berufsausübungsgemeinschaft  
Dr. med. dent. Patrick Wende,  
Marc Tokarski  
Ronnenberger Straße 18  
30952 Ronnenberg  
Telefon (05 11) 2 62 00 24  
Telefax (05 11) 2 62 00 27  
E-Mail: praxis@menschundzahn.de

Sie erreichen unseren zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: micfra@micfra.net

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln.

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre und / oder die Ihres Kindes persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre.

**Um Ihnen einen optimalen Service zu bieten, bitten wir Sie um folgende Einwilligungen.**

Ich stimme der Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck eines **Recall-Systems** zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) zu.

Die Erinnerung soll erfolgen (bitte ankreuzen):  Mail  SMS  Anruf

Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck der Weiterbehandlung bei anderen Ärzten und Zahnärzten, Heilpraktikern, Therapeuten des Gesundheitswesens, medizinischen Laboren und Zahnlaboren zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck der Abrechnung meiner Behandlung bei unserer externen Abrechnungsmitarbeiterin zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung per Mail oder mündlich in unserer Praxis zu widerrufen. Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren. Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen erreichen Sie unter:  
Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------