

Patientenbogen

www.derzahnarzt.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Das **Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin** bietet Ihnen ein einzigartiges biologisch integratives Behandlungskonzept mit dem Ziel, Ihre gesamte Gesundheit dauerhaft zu verbessern. Wir haben umfangreiche und langjährige Erfahrungen in der Behandlung chronisch kranker Menschen ebenso wie mit metallfreien vollkeramischen Implantaten und metallfreier Zahnmedizin allgemein.

Das Konzept der biologischen Zahnmedizin unserer Praxis betrachtet den Mensch als Ganzes und Bio-logisch. Kein Körperbereich in unserem Organismus ist so stark mit Fremdstoffen (Metalle, giftige Materialien), abgestorbenen, toten Zähnen und Entzündungen durchsetzt wie der Mund-Kieferbereich.

Es ist inzwischen bewiesen, dass 60% aller chronischen Entzündungen im Kauorgan begründet sind. Wir haben daraus ein Behandlungskonzept entwickelt, welches die belastenden Faktoren schonend entfernt und die biologische Funktion des Organismus mit minimal invasiven und biologischen Materialien wiederherstellt.

Wir erhalten täglich sehr viele Beratungsanfragen. Damit wir diese möglichst zügig und zielführend beantworten können, haben wir für Sie diesen Leitfaden erstellt. Wir möchten Sie bitten, die Schritte in diesem Leitfaden einzuhalten. Dies ist der schnellste und beste Weg zu einem Termin in der Zahnklinik.

1. Bitte senden Sie uns einen vollständig ausgefüllten Anamnesebogen (dieses Dokument) per E-Mail, Fax oder Post zu.
2. Bitte geben Sie **immer** Ihre Hauptmotivation an, die Sie zu uns geführt hat. Wenn diese nicht aufgeführt ist, dann formulieren Sie sie bitte in maximal 2 Worten. Ausführliche Antworten können Sie an einer anderen Stelle im Text geben. Bitte geben Sie **immer** an, durch wen bzw. wie Sie uns gefunden haben.
3. Bitte senden Sie uns ein **Übersichtsrontgenbild (Panoramabild)** zu, das den aktuellen Zustand Ihrer Zähne zeigt und nicht älter als sechs Monate ist. Wenn Sie kein aktuelles Bild haben, dann lassen Sie bitte eines bei einem Zahnarzt in Ihrer Umgebung anfertigen und senden es uns zu. Alternativ können Sie ein Röntgenbild bei uns in der Klinik anfertigen lassen.
4. *Falls schon vorhanden*, senden Sie uns bitte **den aktuellen Vitamin D3 und LDL Wert zu, sowie in Kopie alle aktuellen Befunde von Laboruntersuchungen (Blut, Urin, Haar-Analyse, etc) und die Kopie eines Allergiepasses zu.**

Sobald wir alle Unterlagen vollständig vorliegen haben, werden wir uns unverzüglich bei Ihnen für eine Terminabsprache telefonisch melden.

Patientenbogen

www.derzahnarzt.de

Herzlich willkommen bei Ihrem Zahnarzt Dr. Marc Bultmann. Wir möchten uns gerne für Sie Zeit nehmen und Sie umfassend beraten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien, Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

I. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geb. Datum: _____ E-Mail: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Wann (Tag/Uhrzeit) können wir Sie für einen Erstkontakt am besten telefonisch erreichen?

Versicherte/r (falls abweichend)

(Zahlungspflichtige/r, bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geb. Datum: _____ E-Mail: _____
Mobil: _____ Kostenträger/Krankenkasse: _____

- Pflichtversichert Privat versichert Privat zusatzversichert
 Freiwillig versichert Beihilfeberechtigt Zuschussberechtigt
 Standardtarif-/Basis-Versicherte(r)

Beruf

Schüler/Student

Arbeitgeber: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Berufsbezeichnung: _____

II. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch einen Therapeuten Buch/ Publikation
 Andere Empfehlung: _____ Eigene Recherche. Wo?
 Vortrag von _____ Webseite/Facebook/YouTube/Suchmaschine
 Sonstiges: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert werden und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Im Falle einer Praxis-Übergabe oder im Falle der Beschäftigung eines Vertreters bin ich damit einverstanden, dass die Karteikarte mit den persönlichen Daten auf den Nachfolger bzw. Praxisvertreter übergeben wird. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit sie für die Abrechnung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen von Bedeutung sind, von dem mich behandelnden Arzt/Krankenhaus im Falle des Zahlungsverzugs zum Zweck des Forderungseinzugs an einen Dritten (Inkassounternehmen) weitergegeben werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Patientenbogen

www.derzahnarzt.de

Was ist Ihre Hauptmotivation für eine Behandlung in der Zahnklinik?

- Chronische Erkrankung
- Vollständige biologische Sanierung
- Herd/Störfeldsuche
- Sonstiges:
- Keramikimplantat
- Amalgam/ Metallsanierung
- Routineuntersuchung

III. Fragen zur Gesundheit

- Sind Beschwerden/Schmerzen im Zahn- und Kieferbereich vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, wo und seit wann, beschreiben Sie bitte die Beschwerden:

- Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen im Zahn- und Kieferbereich durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, wo und seit wann, beschreiben Sie bitte die Beschwerden:

Allgemeinmedizinische Fragen

- Bestehen Erkrankungen bzw. wurden bei Ihnen ärztlich festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, durch wen festgestellt und seit wann? Beschreiben Sie bitte die Beschwerden, geben Sie bitte auf eine Skala von 0-10 an, wie stark die Beschwerden aktuell sind.

(0 = Keine Beschwerden, 10 = stärkste Beschwerden)

- Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein

Wenn ja, bitte geben Sie an, an welchem Organ und wann. Gab es Komplikationen?

- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte auf eine Skala von 0-10, wie stark die Allergien sind.

(0 = Keine Beschwerden, 10 = stärkste Beschwerden)

- Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmäßig Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel o.ä.? Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Patientenbogen

www.derzahnarzt.de

IV. Fragen zu Lebensgewohnheiten

- Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, Zigaretten/Zigarren, wieviel? Wenn nein, Ex-Raucher seit?

- Sind Sie oder waren Sie in Ihrem Beruf besonderen Belastungen (physisch, psychisch, Strahlung, Giftstoffe, Chemikalien, Laserdrucker) ausgesetzt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Wurden Sie geimpft?

Ja Nein

Wenn ja, welche Impfungen, wann?

- Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte welchen, wie regelmäßig?

- Benutzen Sie biologische Körperpflegemittel?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Nutzen Sie ein Mobiltelefon, eine DECT (schnurlos) Telefon, WLAN, Bluetooth, TV, Computer?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Stunden am Tag?

- Mobiltelefon empfangsbereit: _____
- DECT: _____
- WLAN/Bluetooth: _____
- TV: _____
- Computer: _____

- Haben Sie zu Hause eine Netzfreeschaltung?

Ja Nein

Wenn ja, welche, wie häufig?

- Nehmen Sie regelmäßig Zucker, zuckerhaltige Getränke (Limonaden, Schorlen), Fertigessen, Lebensmittel aus Konserven und Dosen zu sich?

Ja Nein

Wenn ja, welche, wie häufig?

- Essen Sie regelmäßig Fleisch oder Fisch?

Ja Nein

Wenn ja, was, wie häufig?

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Wenn ja, welchen, wie häufig?

Patientenbogen

www.derzahnarzt.de

Ernährung

- Wie hoch in Prozent ist der Anteil frisch zubereiteter Speisen in ihrer Ernährung

_____ %

- Wie hoch in Prozent ist der Anteil von Rohkost (einschließlich Smoothies)?

_____ %

V. Fragen zur Lebensqualität

- In meinem derzeitigen Lebensumfeld fühle ich mich wohl.

Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

- Wie viele Stunden pro Nacht schlafen Sie?

_____ Stunden

- Empfinden Sie Ihren Schlaf als erholsam?

Ja Nein

- Fühlen Sie sich tagsüber häufig müde?

Ja Nein

VI. Fast geschafft

- Dürfen wir Ihnen helfen, Ihre Zähne zu erhalten?

Dann erinnern wir Sie kostenlos und unverbindlich an den nächsten Prophylaxetermin.

Ja Nein

Mit der Unterschrift erklären Sie sich dem oben genannten Anmeldeverfahren einverstanden und bestätigen die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

Datenschutz

Mit der Unterschrift erklären Sie, dass Sie die Datenschutzerklärung des **Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin** erhalten, gelesen und verstanden haben und damit einverstanden sind. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung. Sie können sich jederzeit bei einer Datenschutzbehörde beschweren, das kann z.B. bei der zuständigen Datenschutzbehörde in Baden-Württemberg sein.

Datum

Unterschrift

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

www.derzahnarzt.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlungen in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z.B. Namen, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EUDSGVO notwendig. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist **Dr. Marc Bultmann, Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin, Brigachstraße 4, 78048 Villingen-Schwenningen, E-Mail: info@derzahnarzt.de und Telefonnummer: 07721722591.**

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. Gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkasse), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsauftrages erforderlich ist, es zu einem Mahnverfahren oder streitigen Verfahren zwischen Ihnen und der Zahnklinik kommt oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§630f Abs. 3 BGB, §28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berechtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten (gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EUDSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§630 Abs. BGB). Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei jeder Behörde für Datenschutz, z.B. beim Landesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Ihr Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin Dr. Marc Bultmann

Patienteneinwilligung

www.derzahnarzt.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ überreicht. Darin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief, Telefonat oder E-Mail), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Mit- oder Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Auch benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihnen unsere weiteren Service-Angebote wie z.B. Erinnerungsservice für die prof. Zahnreinigung, Terminbestätigung etc. anbieten zu können.

Zudem weisen wir Sie darauf hin, dass wir für Sie eine Behandlungszeit von ca. 1 Stunde vorgesehen haben. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei NICHT fristgerechter Absage (48 Stunden vorher) eine Aufstellgebühr in Rechnung stellen müssen.

Wir weisen darauf hin, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird.

Die notwendigen Einwilligungen können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

dass ich einverstanden bin, dass das **Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin, Dr. Marc Bultmann, Brigachstraße 4, 78048 Villingen-Schwenningen**

- meine Daten an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Labore übermittelt.
- meine Daten über die ärztliche Behandlung anonymisiert zum fachlichen Austausch und/oder Ärzten nutzt.
- meine Daten für den Erinnerungsservice der Termine/der Professionelle Zahnreinigung (Recall) verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin Dr. Marc Bultmann nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich das Kompetenzzentrum für biologische Zahnmedizin Dr. Marc Bultmann für die oben getätigte Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker und Labore.

Datum

Unterschrift