

**Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,**



wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen und danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie uns mit Ihrem Besuch entgegenbringen.

Wir möchten Ihnen gerne einen ersten Einblick in unser Praxiskonzept geben, das an den Kriterien einer modernen und fortschrittlichen Zahnmedizin orientiert ist.

Unsere Aufgabe sehen wir nicht nur in der Behandlung bereits vorhandener Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates. Durch eine **individuell angepasste, systematische Vorsorge gelingt es uns, Schäden von Anfang an zu verhindern oder ein Wiederauftreten nach erfolgreicher Therapie auszuschließen.**

Bereits seit den 1980er Jahren ist daher die systematische Prophylaxebetreuung zu einem wesentlichen Schwerpunkt unserer Praxistätigkeit geworden. Bei den von uns betreuten Patienten in allen Altersgruppen haben wir erfolgreich zum Aufbau und zur Stabilisierung einer gesunden Mundsituation beigetragen. **Karies und Parodontitis konnten erfolgreich vermieden werden.** Die Mundgesundheit der von uns seit Jahrzehnten betreuten Patienten ist deutlich besser als die der Durchschnittsbevölkerung. Eine wissenschaftliche Untersuchung, die dies belegt, wurde in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift veröffentlicht und ist unter [www.praxis-finkeldey.de/dzz](http://www.praxis-finkeldey.de/dzz) für Sie abrufbar.

Unser Behandlungskonzept, welches alle Bereiche der Zahnheilkunde umfasst, unterstützen wir konsequent durch die Anwendung moderner Technologie. In allen Bereichen wie z.B. der **Restauration, Funktionsdiagnostik, Kieferorthopädie, Parodontologie, Implantologie und der Zahnerhaltung** zeichnen wir uns durch schonende und **minimalinvasive Behandlungsverfahren** aus. Bioverträgliche Werkstoffe stehen dabei genau wie die Einbeziehung ästhetischer, kosmetischer und funktioneller Gesichtspunkte stets im Vordergrund.

Mit Hilfe einer genauen, digitalen Kiefergelenks- und Funktionsdiagnostik behandeln und vermeiden wir erfolgreich sog. **craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD)** - Funktionsstörungen des Kausystems und des Kopf- Hals- Bereichs. Hierzu kooperieren wir zusätzlich mit erfahrenen **Physiotherapeuten und Chiropraktikern.**

Durch dieses breite Leistungsspektrum bieten wir eine **individuell auf Sie abgestimmte, ganzheitliche zahnmedizinische Versorgung.** Hierbei stützen wir uns auf ein starkes Team aus 16 Mitarbeitern, 3 Zahnärzten und zwei Oralchirurgen.



## Allgemeiner Patientenfragebogen zur Erstuntersuchung

Sehr geehrte/r

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_
- Internetsuche (z.B. Google, Bing)
- Arztempfehlung im Internet (z.B. Jameda.de)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Weshalb wünschen Sie einen Untersuchungstermin in unserer Praxis?

- Ich komme zur Vorsorge
- Ich habe Zahnfleischbluten
- Ich habe eine Parodontitis (früher Parodontose)
- Ich habe Karies
- Ich bin mit dem Aussehen der Zähne / Zahnstellung unzufrieden
- Ich habe andere Beschwerden

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Kopf-, Gesichts- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein

Falls ja, bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Gehen die Kopfschmerzen mit Nackenschmerzen einher?  Ja  Nein

Treten die Beschwerden morgens nach dem Aufwachen auf?  Ja  Nein

Treten die Beschwerden bei der Arbeit/Situationen mit viel Stress auf?  Ja  Nein

Haben Sie auch Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?  Ja  Nein

Haben Sie Ohrenrauschen / Tinnitus?  Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit den Zähnen knirschen?  Ja  Nein



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihre Behandlung so angenehm und sicher wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um unseren Fragebogen auszufüllen. Geben Sie dabei in jedem Fall bitte alle Erkrankungen und Medikamente an, auch wenn diese auf den ersten Blick nicht für einen Zahnarztbesuch wichtig erscheinen. Vielen Dank!

#### Persönliche Daten

|              |               |              |
|--------------|---------------|--------------|
| Name         | Vorname       | Geburtsdatum |
| Adresse      | PLZ           | Wohnort      |
| Telefon      | Mobiltelefon* | E-Mail*      |
| Krankenkasse | Beruf*        | Arbeitgeber* |

Gesetzlich versichert     Zusatzversicherung\*     Privat versichert     Beihilfe\*

#### Sollten Patient und Versicherter nicht identisch sein, nennen Sie uns bitte den Namen des Versicherten:

|           |         |              |
|-----------|---------|--------------|
| Name      | Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | Telefon |              |

Allgemeines: Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Falls ja, weswegen? \_\_\_\_\_  
Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_  
Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Allergien: Leiden Sie an Allergien oder Überempfindlichkeiten?  Ja  Nein  
Falls ja, wogegen? \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

Herz-Kreislauf: Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?  Ja  Nein  
Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein  
Haben Sie einen Herzklappenersatz?  Ja  Nein  
Haben Sie schon einmal eine Endokarditis durchgemacht?  Ja  Nein  
Erhöhter Blutdruck  Ja  Nein  
Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

\* freiwillige Angabe

Bitte wenden!



Blut: **Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?**  Ja  Nein  
**Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?**  Ja  Nein  
(Z.B.: ASS, Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto, Heparin...)  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Lunge: Leiden Sie an Asthma?  Ja  Nein  
Wurde bei Ihnen jemals eine Tuberkulose diagnostiziert?  Ja  Nein

Stoffwechsel: Diabetes / Zuckerkrankheit  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
Lebererkrankungen  Ja  Nein  
Magen- und Darmerkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
**Falls ja, nehmen Sie sog. Bisphosphonate (z.B. Fosamax, Actonel, Bonviva etc.) ein?**  Ja  Nein  
Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Sonstiges: Leiden Sie an Epilepsie?  Ja  Nein  
Augenerkrankungen (z.B. Glaukom/Grüner Star)  Ja  Nein  
Wurde jemals eine Krebserkrankung festgestellt?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente gegen ADHS/ADS ein (Medikinet, Ritalin)?**  Ja  Nein  
**Wurde bei Ihnen ein HIV/AIDS Test durchgeführt?**  Ja  Nein  
Falls ja:  positiv  negativ  
**Wurde bei Ihnen jemals Hepatitis C diagnostiziert?**  Ja  Nein  
**Traten jemals Probleme bei einer zahnärztlichen Anästhesie (Betäubung) auf (z.B. Ohnmacht, Kreislaufprobleme)?**  Ja  Nein  
**Traten jemals Allergien nach einer zahnärztlichen Behandlung auf?**  Ja  Nein  
Tragen Sie ein künstliches Gelenk?  Ja  Nein

Röntgen: Wann sind Sie zuletzt im Kopf- Hals- Bereich geröntgt worden? \_\_\_\_\_  
Für Patientinnen:  
**Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**  Ja  Nein  Unbekannt  
Falls ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Korschenbroich, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift



## Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**durch das Inkrafttreten der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir gesetzlich verpflichtet,** Sie über die Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten in unserer Praxis mit dem folgenden Text zu informieren.

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.** Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten). Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. **Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich.** 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 Moritz Finkeldey. Ihn und unsere Datenschutzbeauftragte Frau Nicole van Eickels erreichen Sie wie folgt:**

**41352 Korschenbroich, Arndtstr. 25, Telefon 02161 40 20 40, Fax 02161 64 79 8,  
Email: mail@praxis-finkeldey.de, praxis@dr-laurisch.de**

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (z. B.: gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist 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 Berichtigung 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) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, zu. Ein Verzeichnis der von uns verarbeiteten Patientendaten ist für Sie auf Nachfrage an der Rezeption einsehbar.

**Ein Verkauf von Daten findet grundsätzlich nicht statt. Ihre Daten unterliegen darüber hinaus der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie uns, dass Sie diese Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert haben, denn ohne Ihr Einverständnis ist eine Behandlung nicht möglich.**

Korschenbroich, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift