



Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel privat: \_\_\_\_\_ Tel beruflich: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber/Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Hauszahnarzt: \_\_\_\_\_ Lungenfacharzt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
falls privat versichert, welche Versicherung: \_\_\_\_\_ beihilfeberechtigt

**Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ankreuzen**

Wer hat Sie zu uns geschickt bzw. uns empfohlen? selbst gekommen  Hauszahnarzt   
Hausarzt  HNO Arzt  Lungenfacharzt  andere: \_\_\_\_\_

Liegt eine Allgemeinerkrankung vor? Ja  Nein   
Bluthochdruck, Bluterkrankung, Reflux, Herz-Rhythmusstörungen, Herz-/Kreislaufferkrankung,  
Diabetes, Asthma, Infektionen (HIV, Gelbsucht), Allergien, andere Erkrankungen oder Operationen,  
welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten? Welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein   
\_\_\_\_\_

Bekommen Sie gut Luft durch die Nase? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Schnarchen Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Hat ihr/e Partner/in Atempausen im Schlaf bemerkt? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit  oder morgendlichen Kopfschmerzen?

Wie ist Ihre Schlafposition? Rücken  Seite  Bauch

Waren Sie schon beim Hals-Nasen-Ohren Arzt? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Waren Sie schon im Schlaflabor? wenn ja, AHI-Wert: \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Besteht ein Kiefergelenkknacken? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ rechts  oder links  schmerzhaft?

Knirschen oder pressen Sie nachts Ihre Zähne aufeinander? Ja  Nein

Zähne morgens druckempfindlich?  Muskelschmerzen?  Knirscherschiene gehabt?

Sind bereits Röntgenaufnahmen im Kopfbereich gemacht worden? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

Unabhängig von Maßnahmen in unserer Praxis sollten weiterhin regelmäßige Kontrollen beim Hausarzt oder Lungenfacharzt stattfinden. Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsdaten/Befunde zu Dokumentations- und Behandlungszwecken von anderen Ärzten angefordert bzw. an diese übermittelt werden.

Lippstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten



Unabhängig von Maßnahmen in unserer Praxis sollten weiterhin regelmäßig Kontrollen beim Zahnarzt stattfinden. Bitte teilen Sie uns Änderungen von oben aufgeführten Angaben sofort mit. Vielen Dank.

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

nach der neuen Datenschutzgrundverordnung bitten wir um Ihr Einverständnis zu den folgenden Punkten und Unterschrift auf der letzten Seite. Herzlichen Dank.

### Datenaustausch mit anderen Ärzten

Um Ihre Daten und Befunde im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an mitbehandelnde Ärzte übermitteln bzw. von diesen anfordern zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung - ohne diese ist eine adäquate Information der Ärzte untereinander und eine gute Behandlungsplanung nicht möglich. Sollten wir Röntgenbilder oder Arztbriefe per Mail verschicken, werden diese verschlüsselt versendet. Ohne Ihre Einwilligung müssen Sie ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

**Ich stimme einem Datenaustausch (z.B. Röntgenbilder, Arztbriefe) bei folgenden Ärzten /Institutionen zu:**(Bitte Namen und Ort eintragen soweit in der Anamnese noch nicht ausgefüllt)

- Zahnarzt \_\_\_\_\_
- Hausarzt \_\_\_\_\_
- Schlafmediziner \_\_\_\_\_
- Chirurg \_\_\_\_\_
- Logopäde \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

### Service-Angebote unserer Praxis

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die Praxis Dr. Bianca Mertens meine Daten für folgende Services per Post, E-Mail oder Telefon verwenden darf. Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist davon selbstverständlich nicht abhängig.

- einen Erinnerungsservice für versäumte Termine oder dringende Verlaufskontrollen („Recall“) oder Absprachen (z.B. Bitte um Begleitung eines Elternteils zum nächsten Termin)
- die Zusendung von Informationsschreiben

>> weiter siehe nächste Seite



Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Dr. Bianca Mertens nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärzte und Mitarbeiter von der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre.

Lippstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters