

20. Zusammenfassende Hinweise und weitere Checklisten

Alle Protokolle und Formulare sind Teil des QM-Systems. Änderungen werden festgehalten und vom Praxisinhaber freigegeben. Veraltete Versionen werden gekennzeichnet und archiviert.

Aufbewahrung

Ausgefüllte Protokolle werden gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre, bei Röntgen länger) sicher und datenschutzkonform aufbewahrt. (Details finden Sie unter Aufbewahrungsfristen im Kompendium auf der Website: www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Kenntnisnahme der Mitarbeiter

Alle Mitarbeiter bestätigen durch Unterschrift, dass sie die Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement (QM) in Zahnarztpraxen sowie deren Protokolle und Verfahrensweisen kennen und anwenden.

[illegible]

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse/ Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Pflegestufe vorhanden? _____

Allgemeine Anamnese (zutreffendes bitte ankreuzen)

Allergien, wenn ja welche? _____

- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Blutgerinnungsstörungen
- ☐ Leber- / Nierenerkrankungen
- ☐ Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Tuberkulose, Hepatitis...)
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Glaukom (Augenerkrankung)
- ☐ Tumorerkrankungen
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporose
- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ Herz- Kreislauf-Erkrankungen, wenn ja welche?
- ☐ Rheuma
- ☐ Atemwegserkrankungen, wenn ja welche?

Zahnmedizinische Anamnese

- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Kiefergelenksgeräusche /- Schmerzen
- ☐ Zahnfleischrückgang
- ☐ Schmerzen am Kopf / Nacken
- ☐ Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wann?

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Vor _____ Monaten.

Bei welchem Zahnarzt? _____

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

- ☐ ja, ich bin in der _____ Woche.
- ☐ nein
- ☐ ungewiss

Rauchen Sie?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ gelegentlich

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

(Bei mehreren Medikamenten legen Sie bitte eine Kopie der Übersicht Ihrer Medikamente bei.)

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß erfolgte.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Anlage zum Anamnesebogen

Patient/in (Name, Geburtsdatum)	
Datum	

Information zur Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten zur Durchführung der zahnärztlichen Behandlung, zur Abrechnung mit Krankenkassen/Privatversicherungen und zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten (z. B. Dokumentation, Aufbewahrung).

Rechtsgrundlagen sind insbesondere Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO sowie § 630f BGB (Patientenakte). Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben, soweit keine gesetzliche Verpflichtung besteht.

Einwilligungen (freiwillig, jederzeit widerrufbar)

- ☐ Ich willige ein, dass Befunde und Röntgenbilder bei Bedarf an mitbehandelnde Ärzte / Labore / Überweiser übermittelt werden.
- ☐ Ich willige ein, dass die Praxis mich per Telefon / SMS / E-Mail an Termine erinnern darf.
- ☐ Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten für Recall-Erinnerungen genutzt werden.
- ☐ Ich willige ein, dass Fotos / Modelle zu Dokumentations- oder Fortbildungszwecken (anonymisiert) verwendet werden dürfen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung bei operativen Behandlungen - nach § 630d des BGB

Patient/in (Name, Geburtsdatum)	
Behandler/in	
Datum	
Geplante Maßnahme(n)	

Aufklärung

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- ☐ Diagnose und Befund
- ☐ Art, Umfang und Ablauf der geplanten Behandlung
- ☐ Mögliche Risiken und Komplikationen
- ☐ Behandlungsalternativen
- ☐ Erfolgsaussichten, mögliche Nachbehandlung sowie Verhaltensregeln nach OP
- ☐ Voraussichtliche Kosten und Zuzahlungen

Einwilligung

Ich willige in die oben genannte Behandlung ein. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

- ☐ Bei Minderjährigen: Einwilligung der/des Sorgeberechtigten liegt vor.

Besondere Hinweise / Einschränkungen:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

wohnhaft

nachfolgend genannte Ärzte und Zahnärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich auf die Erteilung von Auskünften, die Beantwortung von Anfragen, die Beiziehung von Patientenunterlagen, Modellen, Röntgenaufnahmen u.ä. und wird von mir erteilt gegenüber meinem Zahnarzt / meiner Zahnärztin

Name und Praxisanschrift

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Überweisung

Datum	
Überweisender Zahnarzt / Praxis	
Telefon / Fax / E-Mail	

Patient

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse / Telefon	
Versicherung / Kasse	

Überweisung an

Fachrichtung / Kollege/in	☐ MKG ☐ KFO ☐ Parodontologie ☐ Endodontie ☐ Oralchirurgie
Name / Praxis / Klinik	
Anschrift	

Diagnose / Fragestellung / bisherige Maßnahmen

Beiliegende Unterlagen

- ☐ Röntgenbilder / OPG / DVT
- ☐ Befundbericht / Modelle
- ☐ Laborwerte / Allergiepass
- ☐ Sonstiges: _____

Bitte um Rückmeldung / Befundbericht an unsere Praxis. Vielen Dank!

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____