



**PHASE DER BEHANDLUNG**

- Vor Initialbehandlung
- Nach Initialbehandlung
- Nach Parodontalchirurgie
- Vorsorge vor Implantation
- Nach Implantation
- PZR-Kontrolle

**KLINISCHE DIAGNOSE**

- Gingival Erkrankung
- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- PA bei Systemerkrankungen
- Nekrotisierende PA-Erkrankung
- Periimplantitis
- Zahnfleischbluten
- Mundschleimhautentzündung
- Zahnfleischentzündung
- Vermehrter Speichelfluss
- Metallgeschmack

**EINNAHME ANTIBIOTIKA / MEDIKAMENTE**

- ja  nein
- welche .....
- wann .....
- wofür .....

**ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN ANTIBIOTIKA**

- ja  nein
- welche .....

**SYSTEMISCHE ERKRANKUNGEN**

- Diabetes
- Nierenerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Osteoporose
  - behandelt
  - familiäres Risiko
- Hypertonie
- Hypotonie

**SONSTIGE UMWELTEINFLÜSSE**

- Stress (Niveau 1-10: 1 = kein Stress; 10 = viel Stress)
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

**KLINISCHE PARAMETER**

- BOP in % aller sondierten Stellen
- Sondierungstiefe > 6mm (Anzahl der Taschen)
- Knochenverlust in % (1mm = 10% Knochenverlust)
- Fehlende Zähne

**RAUCHEN**

- nie
- nein (<1 Jahr nicht mehr)
- nein (>1 Jahr nicht mehr)
- ja (<10 Zigaretten pro Tag)
- ja (>10 Zigaretten pro Tag)

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG MEINER PATIENTENDATEN (Stand 01/2021\_V3)**

Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more persönliche Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus der Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, dem Bundesdatenschutzgesetz, des § 203 Strafgesetzbuch und § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch zum Zwecke der Vertragserfüllung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Für die Untersuchung spezieller Analysen übermittelt das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more meine Patientendaten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Auftragsnummer) und medizinischen Proben an verbundene und externe Labore. Extern werden vornehmlich die Medizinischen Laboratorien Düsseldorf, Nordstr. 44, 40477 Düsseldorf beauftragt. In seltenen Fällen werden Laborleistungen zur Analyse an weitere Speziallabore versendet. Häufig genutzte Speziallabore sind: Labor München Zentrum, Bayerstr. 53, 80335 München; Praxis Prof. Dr. med. Michael Kramer, Mönchhofstr. 52, 69120 Heidelberg.

Die Abrechnung der durchgeführten Laboruntersuchungen erfolgt über den jeweiligen o. g. Leistungserbringer. Für die vorgenannten Labore ist die dgpar GmbH, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, die beauftragte Abrechnungsstelle, die die zur Abrechnung wesentlichen Daten der Behandlung (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern für die Untersuchungen), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i. S. v. Art. 9 Abs. 1 der EU-Datenschutz-Grundverordnung handelt, erhält. Darüber hinaus können bestehende Honorarforderungen aus meiner ärztlichen Behandlung an das Inkassounternehmen Eurincasso GmbH, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, weitergegeben werden (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsunterlagen, Laborrechnungen und -ergebnisse usw.). Sollte es erforderlich sein, Befunde und Untersuchungen des hier vorliegenden Auftrags an das Inkassounternehmen Eurincasso GmbH weiterzuleiten, entbinde ich meinen Arzt/Therapeuten insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter der Eurincasso GmbH, aber auch der dgpar GmbH, unterliegenden Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafandrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten freiwillig erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt.
- im Falle eines Widerrufs dieser schriftlich an das MVZ Labor Bavariahaus, c/o Lab4more GmbH, Augustenstraße 10, 80333 München oder per Mail an geschaeftsfuehrung@lab4more.de zu richten ist.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO habe ich auf der Webseite www.lab4more.de/datenschutz eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter info@lab4more.de ausgedruckt erhalten. Mit meiner Unterschrift auf dem Laborauftrag stimme ich ausschließlich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu o. g. Zwecken zu.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN, DIE DEM GENDIAGNOSTIKGESETZ (GENDG) UNTERLIEGEN**

Das menschliche Erbgut zeigt in einigen Bereichen individuelle Varianten (sogenannte Gen-Polymorphismen): Diese können Einfluss haben, z. B. auf individuelle Besonderheiten der Wirkung von Arzneimitteln, unterschiedliche Reaktionsweisen gegenüber Fremdstoffen oder Umweltschadstoffen, auf die Empfänglichkeit gegenüber Infektionserregern oder die Ausprägung von Entzündungen. Viele dieser Polymorphismen lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe, einzelne auch im Rachenabstrich, nachweisen.

Wie für alle genetischen Untersuchungen gilt auch für den Nachweis einer bestimmten genetischen Variante, dass Sie vorher von Ihrem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der veranlassten Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht).

Hiermit erkläre ich,

Name Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

dass ich von meinem Arzt/meiner Ärztin ausführlich über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung/en

aufgeklärt wurde. Ich bin mit der Entnahme des Untersuchungsmaterials einverstanden. Die Einwilligung kann bis zum Untersuchungsbeginn jederzeit widerrufen werden. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass dieses Untersuchungsmaterial durch das von meinem Arzt/meiner Ärztin beauftragte Labor untersucht wird.

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein kooperierendes medizinisches Labor einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin