

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt.

Sie können sich sicher sein - alle Ihre Informationen unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DS-GVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis für Sie zur Mitnahme aus.

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von Bekannten

Internet / Website: _____

Zeitungsanzeige

Sonstiges: _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, durch Fernbleiben entstandene Kosten nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten an Sie in Rechnung zu stellen.

Falls Sie gesetzlich versichert sind, denken Sie bitte bei jedem Besuch an Ihre Krankenversichertenkarte. Sollten Sie Ihre Karte vergessen haben, sind wir berechtigt, € 50,00 in Bar oder ein geeignetes Ausweisdokument als Pfand einzubehalten. Anderenfalls sind wir nicht verpflichtet, eine Behandlung durchzuführen. Alternativ können wir Ihnen wie bei einem Privatversicherten eine Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen durchgeführt? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

- Herz oder Kreislauf ja nein
- Lunge..... ja nein
- Blut..... ja nein
- Leber..... ja nein
- Nieren..... ja nein
- Schilddrüse ja nein
- Magen-Darm-Trakt ja nein
- Gelenken (Rheuma)..... ja nein
- Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ja nein

Haben oder hatten Sie jemals...

- Hohen Blutdruck ja nein
- Zucker (Diabetes)..... ja nein
- Fallsucht (Epilepsie)..... ja nein
- Gelbsucht (Hepatitis)..... ja nein
- Grünen Star..... ja nein
- Zahnfleischbluten..... ja nein
- Neigen Sie zu Blutungen?..... ja nein
- Sind Sie HIV positiv? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie zurzeit schwanger?..... ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?..... ja nein

Wenn ja, wo, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (insbesondere Herzmedikamente, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva, blutverdünnende Medikamente wie z.B. Marcumar, ASS)?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, an welchen?

Wichtige Informationen

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: Mai 2018, liegen in der Praxis aus) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift (Patient bzw. gesetzl. Vertreter) _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgende Informationen (im Interesse der leichteren Lesbarkeit verzichten wir im Text auf die weibliche Form):

1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Dr. Catharina Köbler, Beinestraße 1, 64846 Groß-Zimmern
Tel. 06071-44246, E-Mail: datenschutz@praxisdrkoebler.de

2. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)
- Ergebnis der Bonitätsprüfung bei unserem Abrechnungspartner (nur die Einstufung in eine von drei Kategorien, keine weiteren Details)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

3. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln.

Falls für Ihre Behandlung Zahnersatz bei einem Zahntechnischen Labor hergestellt werden muss, erhält dieses die dafür notwendigen Behandlungsdaten. Wir haben mit allen Laboren, mit denen wir zusammenarbeiten, entsprechende Auftragsverarbeitungsverträge geschlossen (nach Art. 28 DSGVO), so dass Ihre personenbezogenen Daten auch dort nur mit der dafür notwendigen Sorgfalt verarbeitet werden.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?

Wollen Sie per E-Mail einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (sofern kein vorgenanntes höheres Recht dagegen spricht):

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

6. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Hessischer Datenschutzbeauftragter

Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden

Stand: Mai 2018