

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____ Telefon / Mobil _____

Straße, Hausnummer _____ E-Mail _____

PLZ, Ort _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt
 ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Telefon _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

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.

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

In eigener Sache

Möchten Sie in unser **RECALL-PROGRAMM** aufgenommen werden? ja nein

Wenn ja, wie? per E-Mail per Brief

Möchten Sie die Terminerinnerung per E-Mail

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“
 Schmerzbehandlung Parodontitis
 andere Gründe: _____

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

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs ja nein
 Leber ja nein
 Nieren ja nein
 Schilddrüse ja nein
 Magen-Darm-Traktes ja nein
 Gelenke (Rheuma) ja nein
 Wirbelsäule ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
 niedrigen Blutdruck ja nein
 Diabetes ja nein
 Zahnfleischbluten ja nein
 Ohrensausen / Tinnitus ja nein
 Epilepsie ja nein
 Grünen Star ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Osteoporose ja nein
 HIV (Aids) ja nein
 Hepatitis ja nein
 Wenn ja, welcher Typ? A B C
 Allergien ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- eine Herzklappenentzündung Angina Pectoris
 einen Herzschrittmacher einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 Bisphosphonate andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wer ist der behandelnde Arzt? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne und von wem wurde diese durchgeführt? _____

Fragen / Anmerkungen:

Datum, Unterschrift _____

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ab 25.05.2018 tritt die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir auch diese „neue“ gesetzliche Vorschrift in unserer Praxis umsetzen und hierfür Ihre Einwilligung schriftlich einholen müssen. Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen -wie bisher- 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 folgenden Informationen:

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:

Johanna Reuter - Zahnärztin

Sportparkstraße 2

35578 Wetzlar

+49 6441 982 244 4

info@zahnatelier-spilburg.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 ausmachen 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) 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 Krankenkasse zu übermitteln.

Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden. Im Falle der gemeinsamen Behandlung mit anderen (zahn)-ärztlichen Kollegen oder Physiotherapeuten werden ggf. Ihre Behandlungsdaten und/oder Röntgenbilder übermittelt. Im Falle der Anfertigung von Zahnersatz müssen wir ebenfalls Patienten- und Gesundheitsdaten (z.B. Zahnstatus) an Dentallaboratorien ausschließlich in Deutschland weitergeben.

4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung?

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular 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 Dokumentationspflichtungen (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. Wir bieten Ihnen an, an unserem regelmäßigen Recall-Service (Erinnerung an Vorsorge-Untersuchungen) teilzunehmen. Hierzu gestatten Sie uns am Ende dieses Formulars die Speicherung Ihrer Daten, um Sie zu kontaktieren. In unserer Praxis werden Sie aus dem Wartezimmer namentlich, auch im Beisein Dritter, aufgerufen.

5. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz? Dürfen wir diese nutzen?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- 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:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 31 63
65021 Wiesbaden

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name und Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der oben erläuterten Punkte 1-6, sprich der Behandlung in der Zahnarztpraxis durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

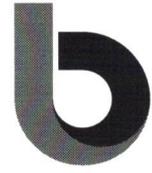
Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche /-r Vertreter/-in

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

GEB. AM

PRAXISDATEN / PRAXISSTEMPEL



büdingendent

VERSICHERUNGS-NR.

DATUM

EINWILLIGUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

PATIENTENDATEN / DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn nicht bereits im obigen Feld eingedruckt.

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER

GESETZLICHER VERTRETER

NAME

STRASSE | HAUSNUMMER

VORNAME

PLZ | ORT

GEBURTSDATUM

PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich erkläre mich einverstanden mit der Datenweitergabe unter den in der Patienteninformation genannten Bedingungen sowie mit der Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH - Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung.

Ich entbinde meine Zahnärztin / meinen Zahnarzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich nach Unterzeichnung erhalten. Die Patienteninformation wurde mir vor Unterzeichnung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen, verstanden und bestätige den Erhalt mit meiner Unterschrift.

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / UNTERSCHRIFT DES GESETZLICHEN VERTRETERS*

*Ist bei Minderjährigen nur die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten vorhanden, so sichert dieser ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des zweiten Erziehungsberechtigten ebenfalls vorliegt.

