

Allgemeine Informationen

Liebe Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie besser kennenlernen und auch erreichen können, benötigen wir im Folgenden ein paar Informationen von Ihnen.

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Haben Sie spezielle Anliegen, zu denen Sie eine Beratung wünschen?

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Vorsorge-Untersuchung erinnert werden?

- Ja
- Nein

Datum, Unterschrift

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

die besondere Berücksichtigung Ihrer allgemeinen Gesundheit ist ein elementarer Bestandteil unseres Behandlungskonzeptes. Wir bitten Sie daher uns ein paar Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

Es ist dabei von besonderer Wichtigkeit, dass Sie uns auf dem aktuellsten Stand halten, was Ihre Gesundheit betrifft. Bitte sprechen Sie Ihre Zahnärztin / Ihren Zahnarzt auf neue Medikamente oder Erkrankungen an. Alle Informationen werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. schriftlich ergänzen:

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Leiden Sie unter/an

- Bluthochdruck
- Herzerkrankungen
- Asthma/COPD/andere Lungenerkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Diabetes (HbA1c-Wert: _____)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Osteoporose
- Tumoren
- Arthritis
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Allergien
- HIV / Hepatitis A, B oder C
- Medikamentenunverträglichkeiten
- Sonstiges: _____

- Depressionen
- Müdigkeit/Erschöpfung
- Kopf-/Nackenschmerzen
- Kiefergelenksbeschwerden
- Angst/Panikattacken
- Zahnfleischbluten
- Zahnlockerungen
- Mundgeruch
- Zahnverfärbungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja: _____
- Nein
- Ich habe einen Medikamentenplan

Haben Sie eine künstliche Herzklappe oder ein künstliches Gelenk?

- Ja
- Nein

Nehmen Sie Blutverdünner ein?

- Ja
- Nein

Rauchen Sie?

- Ja
- Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

Befinden Sie sich in orthopädischer Behandlung?

- Ja
- Nein

Wurde in der Vergangenheit eine Chemotherapie, Bestrahlung, Operation, o.ä. durchgeführt?

Sind Sie unzufrieden mit Ihrer Zahnfarbe oder Zahnstellung?

- Ja
- Nein

Möchten Sie ein spezielles Thema mit uns besprechen?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Grevenbroich, den _____

Unterschrift

ggf. des/der Erziehungsberechtigten / Bevollmächtigte

Datenschutzerklärung

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Zahnärztin / Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Einverständniserklärung durch Unterschrift

Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund