

ANMELDEFORMULAR FÜR PATIENTEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
Das Praxisteam möchte Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Patient

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße /Nr.	PLZ / Ort
Tel. privat	Tel. mobil
E-Mail	Beruf

Versicherte Person

[falls abweichend]

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Krankenkasse

Name der Krankenkasse	beihilfeberechtigt ☐ Nein ☒ Ja
-----------------------	---

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Nein ☒ Ja

Name der Krankenkasse

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Ort

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der / des ...?

☒ Herzens oder Kreislaufs	☒ Lunge [z.B. Asthma, COPD...]	☒ Leber
☒ Nieren	☒ Schilddrüse	☒ Magen-Darm-Traktes
☒ Gelenke (Rheuma)	☒ Ohren [Ohrensausen, Tinnitus]	☒ Wirbelsäule

Haben Sie ...?

☒ hohen Blutdruck	☒ niedrigen Blutdruck	☒ Diabetes
☒ Epilepsie	☒ Grauer Star	☒ Tuberkulose
☒ HIV [Aids]	☒ Hepatitis - wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C	
☒ Allergien		
☒ sonstige Krankheiten		

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...?

☒ Angina Pectoris	☒ einen Herzschrittmacher	☒ künstliche Herzklappen
☒ einen Herzinfarkt	☒ eine Herzklappenentzündung	

Medikamente: Nehmen Sie ... ?

☒ Schilddrüsenmedikamente	☒ Cortison [Kortikoide]	☒ Schmerzmittel
☒ Antidepressiva	☒ Herzmedikamente	☒ Blutverdünner [z.B. ASS, Marcumar]
☒ sonstige Medikamente		

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☒ Nein ☐ Ja Welche:

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ Nein ☒ Ja Woche:

Empfohlen / überwiesen von

Fragen / Anmerkungen

Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten weitergeben können.

Ich möchte kostenlos und unverbindlich an meine nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden.

☒ Nein ☐ alle 6 Monate ☐ alle 12 Monate

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
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.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet. Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgegebener Verfahren [z.B. Röntgenbilder].

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zwecks der Weitergabe erforderlich ist.

1. Zweck der Datenverarbeitung

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

2. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassen(zahn)rztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

3. Speicherung Ihrer Daten

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

4. 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 Fllen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf

5. Rechtliche Grundlagen

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

Die Datenschutzbeauftragte/n sind Sache der Bundesländer und daher regional organisiert.

Übersicht: https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehrden_und_Landesdatenschutzbeauftragte

6. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. med. dent. Christoph Sautr | Am Pttkamp 3 | 40629 Düsseldorf | praxis@sautre.de | fon. 0211. 28 90 228

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (s.o. Ihre Rechte). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich bestätige ebenso die Richtigkeit meiner Angaben auf Seite 1

Düsseldorf, den Unterschrift Patient /Versicherter