Anamnesebogen

→ Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße Ort PLZ

Telefon / Handy E-Mail

Beruf Arbeitgeber

Versicherung Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Weitere Kontaktperson, falls wir Sie mal nicht erreichen können:

→ Vor- und Nachname Telefonnummer

Sind Sie über eine andere Person versichert? Falls ja, bitte ausfüllen:

→ Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße Ort PLZ

Beruf Arbeitgeber

Haben / hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen? (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Blutdruck	☐ hoch	☐ niedrig	Asthma / Lungenerkrankung / COPD	☐
Herzfehler		☐	Magen-Darm Erkrankung	☐
Herzklappenersatz		☐	Nierenerkrankung	☐
Herzschrittmacher		☐	Hepatitis A B C	☐ → ausgeheilt? ☐
Herzrhythmusstörungen		☐	Gelenkersatz / Endo Prothesen	☐
Herzinfarkt		☐	Schilddrüsenerkrankung	☐
Endokarditis		☐	Lebererkrankung	☐
Blutgerinnungsstörung		☐	Diabetes	☐
Immunschwäche HIV LE SLE		☐	Demenz	☐

Besitzen Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sonstige Erkrankungen:

Allergie/n:

Nehmen / nahmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Marcumar Plavix Aspirin Antidepressiva Bisphosphonate

Sonstige Medikamente:

Medikamenten-Unverträglichkeiten:

Wer ist Ihr Hausarzt?

Rauchen Sie? Ja Wenn ja, wie viele pro Tag?

Sind Sie schwanger? Ja Entbindungstermin:

Sind Sie Angstpatient? Ja Gerne beraten wir Sie über eine Behandlung mit Lachgas.

Sollten Sie einmal einen für Sie reservierten Behandlungstermin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens **24 Stunden** vorher ab. Mit Unterzeichnung dieses Dokuments stimmen Sie zu, dass wir Sie über gängige Kommunikationswege (Post, Telefon, SMS, WhatsApp, E-Mail, u. ä.) kontaktieren dürfen und nehmen Sie in unser Recallsystem (Terminerinnerungen) auf. Möchten Sie nicht in unser Recallsystem aufgenommen werden, so kreuzen Sie dies bitte an: Ich möchte nicht in den Recall aufgenommen werden.

Mülheim an der Ruhr, den | Unterschrift

BITTE UMBLÄTTERN

Sehr geehrte/r Patient/in,

aufgrund der Änderungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), mit Inkrafttreten zum 25.05.2018, sind wir verpflichtet, Sie über folgende Neuerungen des Datenschutzes zu informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Mülheim an der Ruhr

Zahnärzte am Uhlenhorst

Torsten Fuchs-Grote & Julia Grote

Prinzeß-Luise-Straße 195a

45479 Mülheim an der Ruhr

Tel.: 02 08 – 69 88 88 69

Fax: 02 08 – 69 88 88 68

E-Mail: info@zahnaerzte-am-uhlenhorst.de

Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art, Zweck und deren Verwendung

Als Patient unserer Praxis erheben wir folgende Daten von Ihnen:

Anrede, Vorname, Nachname, postalische Anschrift, Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk), Informationen die für die zahnmedizinische Behandlung und Therapie von Notwendigkeit sind.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt:

Um sie als unsere/n Patientin/Patienten identifizieren zu können;

Um Sie angemessen zahnmedizinisch beraten und behandeln zu können;

Zur Korrespondenz mit anderen Ärzten und Zahnärzten;

Zur Rechnungsstellung.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. B DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung des Patienten und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag erforderlich. Die für die Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Zahnärzte (zehn Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung beendet wurde), gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. C DSGVO zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44 – 40102 Düsseldorf | Tel.: 0201 – 3 84 24-0 | Fax: 02 01 – 3 84 24-10

Weitergabe von Daten an Dritte

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte, zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken, findet nicht statt.

Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung von zahnmedizinischen Behandlungen mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an behandelnde Ärzte, Kieferorthopäden, Physiotherapeuten, Pathologen, Krankenkassen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen und unserem Abrechnungszentrum, sowie an Ihre private Zusatzversicherung. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Das Arztgeheimnis bleibt insofern unberührt. Soweit es sich um Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, erfolgt eine Weitergabe an Dritte nur in Absprache mit Ihnen.

Rechtliche Grundlagen

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

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf. Die betreffenden Ärzte werden insofern von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Hiermit nehme ich die Neuerungen der DSGVO und den § 73 Abs. 1 b SGB V zur Kenntnis und stimme diesen zu.

Ich wurde hiermit aufgeklärt, dass Ich eine Terminabsprache 24 Std. vor der Behandlung absagen muss. Ansonsten wird eine Aufwandspauschale in Höhe von 75,00€ berechnet.

Mülheim, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters