



Zahnarztpraxis

Daniela Schreiber

PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____

Ggf. Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

E-Mail: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil : _____

Gesetzliche Krankenkasse/Krankenversicherung ja nein bei: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein bei: _____

Sind Sie privat versichert? ja nein bei: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein bei: _____

Als Privatpatient/in ist mir bewusst, dass die Berechnung unter der GOZ/GOÄ zu Grunde gelegt wird.
Mit entsprechender schriftlicher Begründung können sich Behandlungskosten bis zum 3,5-fachen Gebührensatz ergeben. Sollten über diesen Satz hinaus Kosten entstehen, werden Sie selbstverständlich vorher darüber aufgeklärt.

ANAMNESE (MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE, GESUNDHEITZUSTAND)

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Wir möchten Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Ihre Person abstimmen, dazu benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen vollständig und sorgfältig. Sie dienen damit Ihrer Sicherheit und Gesundheit. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

1. Sind Sie Allergiker (hatten Sie z.B. Heuschnupfen, Nesselsucht)? Ja Nein
2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche _____

3. Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden? Ja Nein
4. Sind Sie zuckerkrank? Ja Nein
5. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung? Ja Nein
6. Leiden Sie oder litten Sie an Tuberkulose? Ja Nein
7. Leiden Sie unter Asthma? Ja Nein
8. Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür? Ja Nein
9. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
10. Leiden Sie unter der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? Ja Nein
11. Leiden Sie unter Osteoporose? Ja Nein
12. Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
13. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?
_____ Stück pro Tag
14. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Hepatitis (Gelbsucht)? Ja Nein
15. Sind Sie HIV positiv? Ja Nein
16. Haben Sie ein Organtransplantation oder einen Herzschrittmacher? Ja Nein
17. Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt?
_____ (Bitte Monat und Jahr eintragen)
18. Gab es Komplikationen während oder nach einer Zahnbehandlung? Wenn ja, welche

19. Sind Sie schwanger? Ja Nein
20. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

21. Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

22. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes mit.

23. Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

(Bitte Monat und Jahr eintragen)

GRUND IHRES BESUCHS

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

- Kontrolluntersuchung
 - Zahnschmerzen
 - Zahnfleischbluten
 - Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen nein
 - Kiefergelenkbeschwerden
 - Knirschen
 - Mundgeruch
 - Schmerzbehandlung
 - Sonstiges
-

BERATUNGSWUNSCH

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

- Keramikfüllung
 - Bleaching
 - Implantat-Versorgung
 - Amalgamsanierung
 - Zahnästhetik
 - Ernährungsfragen
 - Sonstiges
-

Ort/ Datum

Unterschrift

Möchten Sie an Kontrolltermine
erinnert werden?

- Ja Nein

Informationsblatt für Patientinnen/Patienten zum neuen Datenschutzrecht in der ambulanten Versorgung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen bestimmte Informationen bei der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit Überreichung dieses Informationsblattes nach.

Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:

*Daniela Schreiber
Beecker Straße 60
41844 Wegberg*

Zwecke sowie Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten, beispielsweise Ihre Versichertendaten aufnehmen. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages.

Zusätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte müssen gemäß § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und zukünftige Behandlung der Patienten wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient damit auch dem Zweck, dieser Verpflichtung nachzukommen.

In den überwiegenden Fällen wird es sich bei den durch uns verarbeiteten Daten um Gesundheitsdaten handeln. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Art. 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie § 22 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen. Die Patientendaten werden auch zu dem Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet (beispielsweise an den überweisenden Hausarzt, an Kassenärztliche Vereinigungen, an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung).

Auch erhalten wir von Dritten, beispielsweise von Ihrer Krankenkasse oder anderen Behandlern aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht (§ 630f BGB, s.o.) in der Behandlungsdokumentation speichern. Auch hierfür ist Rechtsgrundlage Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Absatz 3 DSGVO, § 22 BDSG. In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen. Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.



Zahnarztpraxis

Daniela Schreiber

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Zahnärztin Daniela Schreiber, Beecker Straße 60 in 41844 Wegberg, an

den weiterbehandelnden Arzt

(Name)

das Krankenhaus

(Name)

das Labor

(Name)

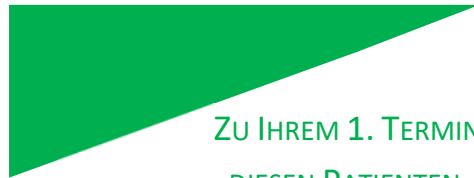
(Name)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die beiden genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Wegberg, den

Unterschrift: _____



ZU IHREM 1. TERMIN BITTEN WIR SIE,
DIESEN PATIENTEN-ANMELDEBOGEN
MITZUBRINGEN. SELBSTVERSTÄNDLICH
KÖNNEN SIE IHN AUCH VORAB UNS
PER E-MAIL SCHICKEN AUF:
POST@ZAHNARZTPRAXISSCHREIBER.DE

Vielen Dank!