

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen.

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße und Hausnummer	Geburtsdatum
_____	_____
Wohnort	Beruf
_____	_____
Telefon privat	Telefon beruflich
_____	_____
Arbeitgeber	Email@
_____	_____
Name und Vorname Versicherter	Geburtsdatum Versicherter

Bonusheft vorhanden

IHR HAUPTANLIEGEN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Knackt oder schmerzt Ihr Kiefergelenk beim kauen oder gähnen? | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> Auf wessen Empfehlung kommen Sie?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Zahnfleischbluten? | |

WÜNSCHEN SIE BESONDERE BERATUNG ÜBER:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe/Mundhygiene | <input type="checkbox"/> Applied Kinesiology |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Keramikfüllungen | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Moderne Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG: HABEN SIE ODER HATTEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit (siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft _____ Woche |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutverdünner (Marcumar) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (Aids) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I / II | <input type="checkbox"/> Ich nehme Medikamente (Siehe unten) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Allergien (siehe unten) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Bitte beachten Sie: Vereinbarte Termine, die nicht eingehalten werden, werden Ihnen als Ausfallzeit in Rechnung gestellt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz

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:

Markus Ludolph

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 Arzt, an Dentallabore, an Kassenzahnärztliche 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.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist es möglich, dass wir Daten an folgende Empfänger / Kategorien von Empfängern weitergeben: Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Dentallabore, Zusatzversicherungen, zahnärztl. Abrechnungsgesellschaften, Krankenkasse, mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte

Darüber hinaus können wir Daten mit der Einwilligung der Betroffenen weitergeben. Bei Erteilung Ihrer Einwilligung werden wir Sie darüber informieren, um welche Empfänger es sich im Einzelnen handelt.

Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:

Personenbezogene Daten von Patienten sind grundsätzlich gemäß § 630f Absatz 3 BGB sowie den Vorschriften der jeweils einschlägigen Berufsordnung für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gemäß § 28 Absatz 3 Satz 1 Röntgenverordnung sind 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungsfrist als gesetzlich angeordnet, beispielsweise bei der Durchsetzung von Schadensersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen seinen Behandler gemäß § 199 Absatz 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

Rechte der Betroffenen:

Im Rahmen der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung haben Sie verschiedene Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Dazu gehören das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Soweit die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen. Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung / Beratung vorgenommen werden kann.

Datum, Unterschrift