

Anmeldebogen

Bitte vor der Behandlung **vollständig mit DRUCKSCHRIFT** ausfüllen und abgeben

Frau/Herr _____ geb. _____
Name Vorname

Land/PLZ/Wohnort _____ Tel.mobil _____

Straße/Hausnr. _____ E-Mail: _____ Newsletter

Selbstzahler Privat versichert gesetzlich krankenversichert (z.B. AOK, TKK, BKK)

Kranken-Kasse _____ Vers.-Nr. _____

Name des Mitgliedes _____ geb. _____

Beruf des Mitgliedes _____

Beschäftigt bei _____ Ort _____

(bei Privatrechnung) Rechnung an _____

- | | nach Absprache | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Knirschen Sie nachts mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? | | | |
| a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hoher Blutdruck | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Schlaganfall, Lähmungen (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Herzinfarkt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hep A,B,C) (bitte unterstreichen) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Zuckerkrankheit (Diabetes) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Rheuma | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bestehen derzeit andere Krankheiten, wenn ja, welche? HIV? Creutzfeldt-Jacob ? _____ | | | |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? _____ | | | |
| 9. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (im Zahnbereich)? _____ | | | |
| 10. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss _____ Geb.termin | | | |
| 11. Möchten Sie an unserem Zahnreinigungserinnerungssystem im 9-Monats-Turnus teilnehmen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | |
| 12. Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
(Bitte ausfüllen, dient nur für interne Zwecke) _____ | | | |

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei einem von mir zu vertretenden Nichteinhalten (auch Erkrankung) eines längeren, im voraus vereinbarten Termins ab einer Dauer von 30min ohne eine rechtzeitige vorherige Absage (mind. 48h vor dem Termin) eine Aufwandsentschädigung von 100 EUR pro angefangener halber Stunde erstatten muss, da es sich bei der Praxis um eine reine Bestellpraxis handelt und Termine ohne rechtzeitige vorherige Absage nicht mehr an einen anderen Patienten vergeben werden können. (Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Streichen dieser Klausel nicht akzeptiert werden kann).

Hinweis: Alle Ihre Daten werden selbstverständlich **strengstens vertraulich** behandelt und **niemals** an unbeteiligte Dritte weiter gereicht. Um Verwechslungen auszuschliessen und unsere Patienten persönlich zu erkennen, erstellen wir bei Neupatienten immer ein Photo. Für eine sichere Diagnose und den Ausschluss von Erkrankungen in Bereichen, die man nicht sieht (z.B. Karies zwischen den Zähnen, Wurzelspitzen, Knochenverlauf), benötigen wir ausserdem ein Röntgenbild. **Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.**

Datum,

(Unterschrift)

Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Marc Schmidt, erreichbar unter der Praxisanschrift Zähringerplatz 7, 78464 Konstanz, info@drschmidt.de und 0753162853.-Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter elisabeth.mutter@drschmidt.de

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Dr. Marc Schmidt meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

.....
Datum, Unterschrift