



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Festnetz _____ Handy _____

E – Mail Adresse _____ **(bitte deutlich schreiben)**

Versicherte Person (bei Familienversicherung): _____ geb. _____

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen werden (6 Monate) Ja

Möchten Sie eine Terminerinnerung: Ja per E-Mail

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Haben Sie Angst beim Zahnarzt? Sind Sie Raucher? Ja Nein

Neigen Sie zu Ohnmacht

Herz-/Kreislaufferkrankungen

- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Bypass/Stent/Herzschrittmacher
- Endokarditis

Infektiöse Erkrankungen

- Tuberkulose
- HIV/AIDS
- Hepatitis

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörung
- Diabetes
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Lungenerkrankung (Asthma)
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Tumorerkrankungen

Osteoporose

-> Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen?

Künstliche Gelenke Künstliche Organe

Sonstige Krankheiten _____

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Latex, Penicillin): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____

Besteht Pflegegrad? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Versicherung: Gesetzlich Freiwillig Privat

Name der Krankenkasse _____

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Hausarzt _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte unbedingt Rückseite beachten!

Praxis-Information

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet: Für die Dauer der Behandlung, die eine oder mehrere Stunden in Anspruch nehmen kann, wird kein weiterer Patient gleichzeitig in die Praxis bestellt. Ein solches Bestellsystem kann jedoch nur funktionieren, wenn Termine verbindlich zwischen Arzt und Patient vereinbart werden und Terminveränderungen frühzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, mitgeteilt werden. In einer kürzeren Zeitphase besteht für die Bestellpraxis nicht die Möglichkeit, anderweitig Patienten einzubestellen. Dies trifft auf alle Termine über 60 Minuten (z.B. OP-Termine, Zahnersatz-Termine und längere Füllungstermine) zu. Bitte haben Sie deswegen Verständnis, dass wir für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine das Honorar für die in der Behandlung vorgesehene Leistung in Rechnung stellen müssen. Diese Kosten werden von der Krankenkasse nicht erstattet. Von diesen Ausführungen habe ich Kenntnis genommen und bin inhaltlich damit einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Patienteninformation

Nach der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Informationspflicht kommen wir gerne nach.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist
Frau Dr. med. dent. Stefanie Ecker, Griesweg 22, 86529 Schrobenhausen
Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: info@zahnarztpraxis-ecker.de

2. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und wieso sind wir dazu berechtigt?

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Art. 9 Abs. 2h) DS-GVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1b) BDSG. Danach sind wir zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten als besonderer Kategorie der personenbezogenen Daten für Zwecke der Gesundheitsvorsorge und aufgrund des Behandlungsvertrages mit uns berechtigt, wenn die Daten für die Erfüllung der vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Neben Ihren Angaben zur Person gehören zu den personenbezogenen Daten, und damit insbesondere zu den Gesundheitsdaten, etwa Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Gleiches gilt für die Übermittlung dieser Daten durch uns an nach- oder mitbehandelnde Ärzte. 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 ausdrücklichen Einwilligung beruhen. Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen Art. 9 Abs. 2a) DS-GVO. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Erhebung dieser Gesundheitsdaten Voraussetzung für Ihre Behandlung ist. Wenn wir die notwendigen Informationen nicht erhalten, können wir unsere Pflichten aus dem Behandlungsvertrag nicht erfüllen und keine sorgfältige Behandlung garantieren.

3. Erhält noch jemand außer uns Ihre Daten?

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur durch uns und unsere zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter verarbeitet. An Dritte übermitteln wir personenbezogene Daten nur dann, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Ärztekammern und Privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Im letzteren Fall übermitteln wir die Daten allerdings nur dann, wenn Sie nochmals ausdrücklich schriftlich in die Datenübertragung eingewilligt haben. Entsprechende Formulare stellen wir Ihnen zur Unterschrift zur Verfügung, falls dies relevant sein sollte. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Abrechnung bzw. zur Klärung von medizinischen Fragen und zur Weiter- bzw. Mitbehandlung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger, über die wir Sie vorher informieren.

4. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange gespeichert, wie wir dies für die Durchführung der Behandlung benötigen. Wir weisen darauf hin, dass wir aufgrund rechtlicher Vorgaben dazu verpflichtet sind, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss des Behandlungsvertrages aufzubewahren. Aus anderen Vorschriften können sich auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. gemäß der Strahlenschutzverordnung. In diesen Fällen können Sie vor Ablauf dieser Fristen keinen Lösungsanspruch geltend machen.

5. Welche Rechte haben Sie?

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen. Sollten wir personenbezogene Daten falsch gespeichert haben, können Sie deren Berichtigung verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie darüber hinaus auch die Löschung der personenbezogenen Daten verlangen, bzw. Ihr Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung geltend machen. Daneben haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Das heißt, dass wir auf Ihre Anforderung hin verpflichtet sind, die personenbezogenen Daten in einem gängigen und maschinenlesbaren Format an Sie auszuhändigen bzw. auf Ihren Wunsch an Dritte zu übermitteln. In der Regel verarbeiten wir Ihre Daten auf Basis von gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen. Sollten wir in Ausnahmefällen Ihrer Einwilligung bedürfen, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass allerdings die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Ferner können Sie sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren, wenn Sie die Auffassung vertreten, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt ist. Für uns ist folgende Aufsichtsbehörde zuständig: Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO Patient/in)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen zwecks konsiliarischer Erörterung zum Kieferchirurgen bzw. Kieferorthopäden verschlüsselt per E-Mail versandt werden und stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck des Konsils mit weiterbehandelnden Ärzten sowie für die Zusammenarbeit mit den Dentallaboren durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum

Unterschrift