

**ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
ALEXANDRA BACHE und BARBARA WERBER**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Gesundheitsbogen

Patient
Herr/Frau/Kind Name Vorname Geburtsdatum und Geburtsort

Mitglied/
Hauptversicherter
Name Vorname Geburtsdatum

Bitte kreuzen Sie nur das an, was für Sie zutrifft.

**Herz / Kreislauf-
erkrankungen**

Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Angina pectoris.....
 Zustand nach Herzinfarkt.....
 Herzklappenerkrankung
 Einnahme gerinnungshemm. Medikamente(Markumar/ASS)...
 Neigung zur Thrombose (Venenentzündung).....

**Stoffwechsel-
erkrankungen**

Diabetes(Zuckerkrankheit).....
 Magen-/Darmerkrankungen.....
 Schilddrüsenerkrankungen.....

**Erkrankungen des
Nervensystems**

Epileptiforme Anfälle.....

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie).....
 Blutarmut (Anämie).....

Allergien

Asthma.....
 Heuschnupfen.....
 Penicillin-Überempfindlichkeit.....
 Latex-Allergie
 Sonstiges(z.B.Metalle,Lacke).....
Bitte Allergiepass vorlegen

Infektionskrankheiten

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus.).....
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.....
 Sonstiges

Suchterkrankungen

Welche?.....

Sonstige Erkrankungen

Osteoporose
 Operationen
 Tumorerkrankungen
 Bisphosphonat – Einnahme

Bitte wenden →

Sind Sie wegen dieser oder anderer Krankheiten in ärztlicher Behandlung, so nennen Sie uns bitte Namen und Adresse des behandelnden Arztes:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein?.....

Liegt Ihnen dazu von ihrem Hausarzt ein Einnahmeplan vor ? Wenn ja, bitte legen Sie uns eine Kopie vor.

Wie lange liegt die letzte zahnärztliche Behandlung zurück?.....

Sind bereits Komplikationen bei zahnärztlicher Behandlung oder örtlicher Betäubung (Spritze) aufgetreten?

Hatten Sie jemals -eine kieferorthopädische Behandlung(Spange)?

-eine Zahnfleischbehandlung?

-eine Behandlung von Kiefergelenks/ Kaumuskelbeschwerden?

Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Woche ?

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?.....

Sollten sich die oben gemachten Angaben ändern, verpflichte ich mich, dies dem Zahnarzt unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....
Unterschrift Zahnarzt

.....
Datum und Unterschrift Patient

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum und Unterschrift

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind.

Datum und Unterschrift

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Alexandra Bache und Barbara Werber
Neckarstr.5, 64653 Lorsch
Tel. 06251-587430

Aufklärung über Lokalanästhesie

Patientenname

Ich wurde darüber unterrichtet, dass mit einer Betäubungsspritze Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können.

Es können in deren Folge Blutergüsse, Gefäß- und Nervverletzungen und Schleimhautnekrosen eintreten.

Nervverletzungen können speziell im Bereich des Nervus lingualis und des Nervus mandibularis auftreten.

Die Folge wären zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Zunge, des Geschmacks, der Unterkieferseite und oder der Unterlippenseite.

Mir ist bekannt, dass nach einer Anästhesie eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit bestehen kann. Ich stimme trotzdem einer ggf. notwendigen Schmerzausschaltung mit Lokalanästhesie in zukünftigen Behandlungen zu.

Datum und Unterschrift

Behandlungsvertrag für gesetzlich versicherte Patienten

Patient
Herr/Frau/Kind Name Vorname Geburtsdatum und Geburtsort

Mitglied/
Hauptversicherter Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift
Straße Telefon

.....
PLZ Ort Handy

E-mail Adresse

Krankenkasse

Zusatzversicherung bei

Beruf

Arbeitgeber
Telefon

Zwischen der /dem oben genannten Patientin/en und der Gemeinschaftspraxis A.Bache und B.Werber wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die **Behandlung** erfolgt, sofern der Patient nicht anderes wünscht, **gemäß den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen**, nämlich **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich**. Die Leistungen werden, soweit vom Gesetzgeber so vorgesehen, direkt über die **Krankenversicherungskarte** mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnet. Der/Die Patient/in wurde informiert, dass ihm/ihr die Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden, sofern er/sie nicht innerhalb von 10 Tagen bzw. vor Quartalsende einen Zahnbehandlungsschein oder eine Krankenversicherungskarte einer gesetzlichen Krankenkasse vorlegt. Für **Behandlungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden**, erhält er/sie nach vorheriger Absprache eine **Privatrechnung**. Erziehungsberechtigte treten den Forderungen gegenüber ihren Kindern ein.

Wir sind eine Bestellpraxis. Sie können Termine spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenlos absagen. Erscheinen Sie trotz Terminbestätigung nicht zu Ihrem Termin, machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280BGB)

Sie erklären sich damit einverstanden, dass wir telefonisch, per unverschlüsselter email oder per Post mit Ihnen kommunizieren dürfen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten, bzw. im Wartezimmerausgang gelesen.

.....
Datum und Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....
Unterschrift Zahnarzt

.....
Datum und Unterschrift Patient

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung „Recall“

(für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artikel 6 Abs (1) und Artikel 7 Abs (1) DSGVO)

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann möchten wir Sie darum bitten, dieses aus datenschutzrechtlichen Gründen durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name	
Strasse	
PLZ und Ort	
email Adresse	

Ich möchte gerne an Ihrem Recall-Service per _____ (einzutragen wie der Recall erfolgt- Mail oder Brief) teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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 die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO) (das bedeutet, dass wir natürlich erst ab dem Zeitpunkt nach Eingang Ihres Widerrufs, den Recall – Service für Sie beenden können).

Datum und Unterschrift Patient/in / Versicherter

Datenschutzerklärung

(bei Erhebung von personenbezogene Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, erhalten Sie anbei die folgenden Informationen:

1. Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis sind für den Datenschutz verantwortlich und stehen Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber	Alexandra Bache / Barbara Werber
Rechtsform der Praxis	Gemeinschaftspraxis
Praxisadresse	Neckarstraße 5, 64653 Lorsch
Telefon	06251 / 58 74 30
Telefax	06251 / 58 51 12
E-Mail	praxis@zahnaerztinnen-lorsch.de

2. Wer ist in unserer Praxis als Datenschutzbeauftragter bestellt?

In unserer Praxis ist als Datenschutzbeauftragter bestellt:

Name	Daniel Werber
Adresse	Neckarstraße 5, 64653 Lorsch
Telefon	06251 / 58 74 30
Telefax	06251 / 58 51 12
E-Mail	praxis@zahnaerztinnen-lorsch.de

3. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogenen Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

4. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

5. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30

Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Falls Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch haben (Recall) benötigen wir Ihre Einwilligung. Hierzu bitten wir Sie eine separate Einwilligungserklärung zu unterschreiben, die Ihnen unser Praxispersonal gerne aushändigt.

6. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

7. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben, falls Sie mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns nicht zufrieden sein sollten, auch das Recht, sich bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren.

Die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz für uns ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 31 63
65021 Wiesbaden
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/1408-0
Fax 0611/1408-611
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Wir würden uns aber freuen, wenn Sie zuerst mit uns sprechen, damit wir mögliche Unklarheiten oder Unsicherheiten gemeinsam klären können.

	Datum	Unterschrift
Verantwortlicher/ Datenschutzbeauftragter	25.05.2018	