

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, versäumte Termine in Rechnung zu stellen. Unser Bestreben ist es jeden Patienten bestmöglich und auf dem neusten Stand der Wissenschaft zu versorgen. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise

PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____

VERSICHERUNGSNEHMER*IN (FAMILIENVERSICHERUNG)

Nachname _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Dr. Thomas Döhler, erreichbar unter der Praxisanschrift Panoramastraße 47 in 72764 Reutlingen, Telefonnummer 07121 / 1451220, E-Mail: info@achalm-zahnmedizin.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere (Zahn-)Ärzte, Dentallabore, Krankenkassen, Logopäden, Kassenärztliche Vereinigungen, der Medizinische

PATIENT*INNENFRAGEBOGEN

von den Krankenkassen bezahlt. In der Regel werden Sie anteilig persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor Behandlungsbeginn über den Umfang dieser Leistungen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

HAUSARZT

Name _____

Telefon _____

Anschrift _____

VERSICHERUNGSSTATUS

Privat Gesetzlich

Freiwillig Kostenerstattung

Zusatzversicherung Beihilfe

ERREICHBAR BEI RÜCKFRAGEN / TERMINERINNERUNGEN

E-Mail SMS / WhatsApp

Telefon

Dienst der Krankenversicherung, (Zahn-)Ärztchenkammern & privat Zahnärztliche Abrechnungsstellen (BFS) sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. Bsp. 30 Jahre bei Röntgenbildern lt. § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Haben Sie Fragen, wenden Sie sich gerne an uns.

DR. THOMAS DÖHLER

Panoramastraße 47 | 72766 Reutlingen

Telefon 07121 1451220

info@achalm-zahnmedizin.de

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Um Komplikationen zu vermeiden, sind Sie verpflichtet uns alle Änderungen Ihres Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungszeit unmittelbar mitzuteilen.

HERZ- / KREISLAUF- ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenfehler
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Herzoperation

IMMUNSUPPRIMIERTE PATIENT*INNEN

- Hochgradige Neutropenie
- Mukoviszidose-Erkrankung
- Organtransplantiert
- Stammzellentransplantiert:

INFEKTÖSE ERKRANKUNGEN

- HIV-Infektion/Stadium AIDS
- Lebererkrankung / Hepatitis
- Tuberkulose
- MRSA
- Creutzfeld-Jakob-Kran. (CJK) / (vCJK)

SONSTIGE KRANKHEITSBILDER

- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Asthma / Lungenerkrankung
- Blutgerinnungsstörungen
- Diabetes / Zuckerkrankheit HbA1c: ____
- Nervenerkrankung
- Nierenerkrankungen
- Ohnmachtsanfälle
- Osteoporose Erkrankung
- Rheuma / Arthritis
- Schilddrüsenerkrankung
- Sonstige Erkrankungen: _____

ALLERGIEN BZW. UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Lokalanästhesie / Spritzen
- Antibiotika Welche: _____
- Schmerzmittel
- Metalle Welche: _____

SCHWANGERSCHAFT

- Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, in welchem Monat? _____

RÖNTGEN

- Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?
Wenn ja, wann? _____

GENUSSMITTEL

- Raucher
Anzahl an Zigaretten pro Tag: _____
- E-Zigarette / Kautabak
- Drogenkonsum

EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

- Nehmen Sie Bisphosphonate?
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?
- Nehmen Sie Antidepressiva?
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben.

WEITERE ANGABEN

- Sind Sie derzeit aufgrund einer anderen Erkrankung in Behandlung?
- Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? (z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall)
- Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde?
- Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen?
- Sind Sie sehr empfindlich/sensibel?
- Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden:

Ja Nein

Datum / /

Unterschrift