

Anamnesebogen



Vorname	Name	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	PLZ	Ort
Festnetznummer	Mobilfunknummer	E-Mail Adresse
Beruf	Arbeitgeber	
Versicherung	Zusatzversicherung?	ja <input type="radio"/>
	Beihilfeberechtigt?	ja <input type="radio"/>

Sind sie über eine andere Person versichert? Falls ja, bitte ausfüllen:



Vorname	Name	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	PLZ	Ort
Beruf	Arbeitgeber	

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen? (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/>	Asthma / Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankung	ja <input type="radio"/>
Herzfehler	ja <input type="radio"/>	Nierenerkrankung	ja <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/>	Hepatitis A O / B O / C O / E O geheilt O	ja <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/>	Gelenkersatz / Endoprothesen	ja <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/>
Endokarditis (Entz. d. Herzinnenhaut)	ja <input type="radio"/>	Lebererkrankung	ja <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/>	Immunschwäche (HIV LE SLE)	ja <input type="radio"/>
Lebererkrankung	ja <input type="radio"/>		

Sonstige: _____

Allergie/n: _____

Nehmen oder nahmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

Marcumar	ja <input type="radio"/>	Plavix	ja <input type="radio"/>	Aspirin / Ass	ja <input type="radio"/>
Antidepressiva	ja <input type="radio"/>	Bisphosphonate	ja <input type="radio"/>		

Sonstige: _____

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Sind Sie Schwanger? ja nein Entbindungstermin: _____

Sie sind Angstpatient? Gerne beraten wir Sie über eine Behandlung mit Lachgas. ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Homepage/Google Facebook Jameda Zeitung/Magazin Praxis-Schild

Empfehlung durch _____

Ich möchte über Neuigkeiten, Aktionen der Praxis informiert werden ja nein

E-Mail Adresse: _____

Sollten sie einmal einen für sie reservierten Behandlungstermin nicht einhalten können, sagen sie diesen bitte spätestens **24 Stunden** vorher ab. Mit Unterzeichnung dieses Dokuments stimmen Sie zu, dass wir Sie über gängige Kommunikationswege (Post, Telefon, SMS, WhatsApp, E-Mail) kontaktieren dürfen und nehmen Sie in unser Recall-System (Terminerinnerungen) auf. Möchten Sie nicht in unser Recall-System aufgenommen werden, so kreuzen dies bitte hier an: **Ich möchte nicht in den Recall aufgenommen werden**

Mülheim an der Ruhr, den _____ Datum

Unterschrift

Weitergabe von Daten an Dritte

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt.

Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung von zahnmedizinischen Behandlungen mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an behandelnde Ärzte, Kieferorthopäden, Physiotherapeuten, Pathologen, Krankenkassen, Kassenzahnärztliche Vereinigung / Kassenärztliche Vereinigung und unserem Abrechnungszentrum sowie an Ihre private Zusatzversicherung. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Das Arztgeheimnis bleibt unberührt. Soweit es sich um Daten handelt, die dem Arztgeheimnis unterliegen, erfolgt eine Weitergabe an Dritte nur in Absprache mit Ihnen.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf. Die betreffenden Ärzte werden insofern von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Hiermit nehme ich die Neuerungen der DSGVO und den § 73 Abs. 1 b SGB V zur Kenntnis und stimme diesen zu.

Mülheim, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

aufgrund der Änderungen der Datenschutzverordnung (DSGVO) mit Inkrafttreten zum 25.05.2018, sind wir verpflichtet, Sie über folgende Neuerungen des Datenschutzes zu informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zahnärzte am Uhlenhorst

Torsten Fuchs & Julia Grote

Prinzess-Luise-Str. 195a

45479 Mülheim an der Ruhr

Tel.: 02 08 / 69 88 88 69

Fax: 02 08 / 69 88 88 68

E-Mail: info@zahnaerzte-am-uhlenhorst.de

Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art, Zweck und deren Verwendung

Als Patient unserer Praxis erheben wir folgende Daten von Ihnen:

Anrede, Vorname, Nachname, Anschrift, Telefonnummern (Festnetz und/oder Mobilfunk)

Informationen die für die zahnmedizinische Behandlung und Therapie notwendig sind.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

um Sie als unseren Patienten identifizieren zu können;

um Sie angemessen zahnmedizinisch beraten und behandeln zu können;

zur Korrespondenz mit anderen Ärzten und Zahnärzten;

zur Rechnungsstellung.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs 1 S. 1 lit. B DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung des Patienten und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag erforderlich. Die für die Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Zahnärzte (10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung beendet wurde,) gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. C DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

Tel.: 0201 / 3 84 24-0

Fax: 0201 / 3 84 24-10