

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

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. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? ja nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz? ja nein
Leiden sie an Herzinsuffizienz oder Herzschwäche? ja nein
Haben Sie Herzrhythmusstörungen? ja nein
Leiden sie an Angina Pectoris? ja nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen oder nehmen sie z.B Macumar? ja nein
Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja
niedrigen Blutdruck? ja

Leiden Sie an einer Allergie oder haben Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis A/B Hepatitis C Tuberkulose

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie eine Lebererkrankung? ja nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Haben Sie Asthma? ja nein

Leiden Sie unter Osteoporose? ja nein

Leiden Sie unter Epilepsie oder Krampfanfällen? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung? ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme (z.B Blutung/ gelockerte Zähne)? ja nein

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk? ja nein

Wünschen sie eine Zweitmeinung? ja nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Sonstiger Grund _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung _____

An regelmäßige Termine (z.B. Kontrolluntersuchungen) möchte ich erinnert werden

per Brief

per E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Name, Unterschrift

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

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 in puncto Datenschutz haben.

Durch Ihre Unterschrift willigen Sie in die nachstehenden Punkte ein. Eine Behandlung kann ohne Ihre Zustimmung nicht erfolgen.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Zahnarztpraxis Dr. Alexander Götz

Adresse: Kochkellerstr. 7, 92224 Amberg

Kontakt: Telefon 09621-32444

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter den o.g. Kontaktdaten.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt 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 Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, 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 an Dritte, sofern dies notwendig ist.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Therapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVB), Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, aber auch 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 verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 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.

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.

6. 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.

Ihr Praxisteam

Ich habe die oben genannten Datenschutzbestimmungen gelesen und willige hiermit in diese ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/-in: _____