



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Patient/in.....
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherte/r.....
Name Vorname Geburtsdatum

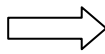
Adresse
Straße Hausnummer PLZ Ort Telefon

Beruf (freiwillige Angabe): Arbeitgeber (freiwillige Angabe):

Hausarzt (freiwillige Angabe): Hauszahnarzt bei Vertretung:

Krankenversicherung.....
Gesetzlich versichert
Privat versichert Basistarif Beihilfe berechtigt
Postbeamtenkrankenkasse

Medizinische Befunderhebung – Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herzerkrankung	<input type="radio"/>		<i>wenn ja, welche?</i> _____	
Osteoporose	<input type="radio"/>		Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck	<input type="radio"/>		Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>		Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>		Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV, Aids)	<input type="radio"/>		Asthma	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>		Augenerkrankung (z. B. Star)	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>		Schwangerschaft (___ Monat)	<input type="radio"/>

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
Bisphosphonate Marcumar

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für

- die Übermittlung an Dentallabore:** Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten
- die Korrespondenz mit Ihrer Krankenkasse/dem überweisenden Hauszahnarzt bzw. Hausarzt**
- eine Terminerinnerung:** Erinnerungsservice für lange Behandlungstermine

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).

Bitte beachten Sie: Nach einer Behandlung unter Anästhesie (örtliche Betäubungsspritze) können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.

BLATT BITTE WENDEN

DATENSCHUTZERKLÄRUNG – EINWILLIGUNG

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.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde, Dres. Renner & Dr. Brückner

Datenschutzbeauftragte: Heike Brückner

Adresse : Hauptstraße 48, 63773 Goldbach

Kontakt Daten : Tel.: 06021 51684, E-Mail: info@renner-brueckner.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 Psychotherapeuten, 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 Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link <http://www.g-ba.de/beschluesse/4036>.

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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht

Anschrift: Promenade 27, 91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Ihr Praxisteam

Einwilligungserklärung und Zustimmung

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____ **oder** Unterschrift Versicherte/r _____

oder

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____