

anmeldung

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:
Mobil:
Beruf:
Arbeitgeber:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:

Wünschen Sie eine besondere Beratung über
 kosmetische Zahnbehandlung
 Zahnimplantate
 Individualprophylaxe/professionelle Zahnreinigung
 Parodontalbehandlung
 Amalgamentsorgung
 Narkosebehandlung

.....
Hannover, den

Versicherter

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:
Mobil:

Wie sind Sie versichert?

privat gesetzlich privat zusatzvers. Beihilfe
Krankenkasse/Krankenversicherung:

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet / Social Media

sonstiges

Empfehlung von

Sind Sie an unserem halbjährigen Erinnerungsdienst
interessiert? ja nein

Ergänzungen:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?

😊 😐 ☹️

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung?

😊 😐 ☹️

Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres
Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse, Telefonnummer
oder Versicherung mit!

danke

.....
Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

Ärztliche Behandlung

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

.....

Heilpraktiker

Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung? Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

Allergien

Sind Sie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente allergisch? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herzerkrankungen

(Angeborener) Herzfehler Ja Nein

Herzschwäche (Insuffizienz) Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) Ja Nein

Herzasthma, Angina pectoris, Herzinfarkt Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenfehler Ja Nein

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck Ja Nein

Zustand nach Schlaganfall Ja Nein

Gefäßprothesen Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Kopfschmerzen/Migräne Ja Nein

Nehmen Sie Anregungs- o. Beruhigungsmittel? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Magen- und Darmerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle Ja Nein

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Chronische Erkrankung d. Atemwege, Husten, ... Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? negativ positiv

Sonstiges (Diphtherie, Röteln, Mumps, etc.) Ja Nein

Weitere Angaben

Erkrankungen Lunge, Niere, Prostata Ja Nein

Hatten oder haben Sie einen Tumor? Ja Nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter Augenkrankheiten, z.B. Grauer bzw. Grüner Star, Glaukom? Ja Nein

Haben Sie Hautkrankheiten? Ja Nein

Leiden Sie unter Würgereiz? Ja Nein

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten in einer anderen Praxis Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Für Patientinnen: Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Sonstiges

.....

.....

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte muss diese spätestens 14 Tage nach Behandlungstermin vorbeigebracht werden, andernfalls erfolgt eine Privatabrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass zahnärztliche Betäubungsmittel meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen können.

Hannover, den

Name

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

datenschutz- erklärung

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, anbei die folgende Informationen:

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

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Geschäftsführer: Dr. Marcel Janßen

Rechtsform der Praxis: hi.dent Z-MVZ GmbH

2. Wer ist in unserer Praxis als Datenschutzbeauftragter bestellt?

Name: Martina Janßen

Adresse: Hildesheimer Str. 98b, 30173 Hannover

Telefon: 0511- 44 33 68

E-Mail: datenschutz@hident.net

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)

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

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 die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Barbara Thiel

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse: Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Telefon: 0511 120-4500 . Fax: 0511 120-4599

E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

Ich habe diese Information gelesen und bin mit der Nutzung meiner Daten zu diesen Zwecken einverstanden.

.....
Hannover, den

.....
Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich,,

stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Kontaktaufnahme zur Terminerinnerung / Terminbestätigung / Terminabsprache durch die hi.dent Z-MVZ GmbH zu.

Hierfür dürfen folgende Kontaktdaten verwendet werden:

- Telefonnummer: Siehe Seite 1 / Anmeldebogen
- Mobiltelefon: Siehe Seite 1 / Anmeldebogen
- E-Mail: Siehe Seite 1 / Anmeldebogen
- Post-Adresse: Siehe Seite 1 / Anmeldebogen

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).

.....
Hannover, den

.....
Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter