

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient ! Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Vor der zahnmedizinischen Behandlung benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (neue EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018).

Da unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird, bitten wir Sie, Termine, die nicht eingehalten werden können, möglichst früh mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen.

Patient: Name _____ Vorname/Titel _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____

Arbeitgeber* _____ Beruf* _____ Tel. geschäftlich* _____

*freiwillige Angaben

- Versicherung: gesetzliche Versicherung private Versicherung Krankenkasse _____
- freiwillig versichert Vollversicherung
- Zusatzversicherung beihilfeberechtigt
- Kostenerstattung Basistarif (zutreffendes bitte ankreuzen)

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter "Patient" angegeben)

Name _____ Vorname/Titel _____ Geburtsdatum _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

		Ja	Nein
Herzerkrankungen:	Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Endocarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzinfarkt, wann _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufkrankungen:	zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit(Diabetes mellitus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen:	Chronische Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen



		Ja	Nein
Allergien:	Allergie gegen _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit oder Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Überempfindlichkeit gegen _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankungen:	Glaukom / grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionserkrankungen:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A; B oder C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AIDS, HIV- positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Durch Prionen übertragbare Erkrankungen (z.B. Creutzfeld-Jacob-Krankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen: _____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>			
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Eliquis, Plavix)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____			
<hr/>			
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Rauchen Sie? Wenn ja wie viel am Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sind Sie frisch operiert worden? Wenn ja, wo _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?* _____			
<small>*freiwillige Angaben</small>			
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/> per Post			
Sind Sie an Prophylaxe bzw. an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen / Anmerkungen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und teile der Praxis Änderungen umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Ich habe die Hinweise zum Schutz meiner persönlichen Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung zur Kenntnis genommen (neue EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Hinweise zum Schutz Ihrer persönlichen Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Stand Mai 2018

1. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen	Dr. Christoph Klein & Dr. Brigitta Mues-Klein Königstrasse 3 58300 Wetter
2. Kontaktdaten eines evtl. Datenschutzbeauftragten	Zurzeit nicht vorgesehen, da die „Kerntätigkeit“ nicht in einer umfangreichen Verarbeitung von Daten besteht!
3. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen	Durchführung und Verwaltung der zahnärztlichen Beratung und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (insbesondere der KZVWL), Abrechnung von Privatleistungen, Erteilung erforderlicher Auskünfte
4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	Behandlungsvertrag; Pflicht zum Führen einer Behandlungsdokumentation (§ 630f Abs. 1 BGB); bei GKV-Patienten auch gesetzliche Pflicht zur Erbringung der vertragszahnärztlichen Leistungen (§ 95 SGB V); bei externer Abrechnung Einwilligung des Betroffenen; bei Auskunftserteilung gesetzliche Pflichten oder Einwilligung des Betroffenen.
5. Empfänger / Kategorien von Empfängern	Zahntechnisches Labor, andere Heilberufsangehörige, gesetzliche oder beauftragte Abrechnungsstellen, Krankenkassen, Versicherungen oder Beihilfestellen, Behörden, Gerichte.
6. Empfänger in einem Drittland/eine internationale Organisation (z.B. bei Nutzung von Cloud-Diensten)	Eine Übermittlung in Drittländer oder internationale Organisationen ist nicht beabsichtigt.
7. Dauer der Speicherung	Die Dauer der Speicherung richtet sich im Wesentlichen nach den gesetzlichen oder satzungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen, insbesondere § 12 Abs. 1 Berufsordnung der ZÄKWL (10 Jahre), § 630 f Abs.3 BGB (10 Jahre), §§ 28 Abs. 3 RöV und 85 Abs. 3 StrISchV (mindestens 10 Jahre).
8. Rechte der Betroffenen	Betroffene können folgende Ansprüche gegenüber dem o.g. Verantwortlichen geltend machen: <ul style="list-style-type: none"> • Auskünfte nach § 15 EU-DSGVO über die Datenverarbeitung einschließlich Auskünfte über die hier genannten, diesbezüglichen Rechte; • Berichtigung oder Ergänzung von Daten nach Art. 16 EU-DSGVO, wobei Änderungen in der Behandlungsdokumentation als solche erkennbar bleiben müssen, siehe § 630f Abs. 1 BGB; • Löschung oder Sperrung von Daten nach Art. 17 bzw. 18 EU-DSGVO, bei der Behandlungsdokumentation wegen der Aufbewahrungspflichten ist nur Sperrung möglich; • Widerspruchsrecht nach Art. 21 EU-DSGVO, wobei die Verarbeitung in der Praxis in der Regel <u>nicht</u> auf der in der Vorschrift genannten Grundlage erfolgt; sowie Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO, also auf Erhalt der Daten in maschinen-lesbarem Format und auf Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen.

9. Recht auf Widerruf einer Einwilligung	Soweit die Verarbeitung der Daten nicht auf vertraglicher oder gesetzlicher Grundlage, sondern einer Einwilligung des Betroffenen erfolgt, kann diese jederzeit durch formlose Erklärung gegenüber dem Verantwortlichen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
10. Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde	Jede von der Verarbeitung betroffene Person hat nach Art. 77 EU-DSGVO das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung gegen das Datenschutzrecht verstößt; für NRW: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf.
11. Gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung, die Daten Dritten bereitzustellen und mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	<p>Berufsrechtlich (§ 12 Abs. 3 Berufsordnung ZÄKWL) besteht - soweit ein Einverständnis des Patienten vorliegt oder dies gesetzlich vorgeschrieben ist - die Pflicht, einem an der Behandlung beteiligten oder begutachtenden Zahnarzt oder Arzt die eigene Behandlungsdokumentation vorübergehend zu überlassen und ihn über die Behandlung zu informieren. Ähnliche Verpflichtungen können sich insbesondere aus dem Sozialrecht ergeben wie bei einer Wirtschaftlichkeits-/Abrechnungsprüfung oder im Rahmen der Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder der Unfallversicherung. Pflichten zur Übermittlung von Daten bestehen zudem nach dem Infektionsschutzgesetz. Verstöße gegen diese Pflichten können berufs- bzw. vertragszahnrechtlich sanktioniert werden oder sogar zu einem Verlust der zahnärztlichen Approbation wegen Unzuverlässigkeit führen.</p> <p>Vertragliche Verpflichtungen zur Datenweitergabe bestehen nicht [wohl allerdings womöglich z.B. bei Teilnahme an einem Selektivvertrag]</p>