

Patientenerhebungsbogen



Name, Vorname des **Patienten**:

geb. am:

Anschrift:

Telefon (privat):

(dienstlich):

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Telefon:

Anschrift:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ja nein
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/
Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-
Krankheit (vCJK) ja nein

Sonstiges:

- Hochgradige Neutropenie ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
- Organtransplantiert ja nein
- Endoprothese (z.B. Hüftgelenk) ja nein
- Stammzellentransplantiert ja nein
- Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
- Asthma/Lungenkrankheit ja nein
- Blutgerinnungsstörung ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Sonstige Erkrankungen ja nein

- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein

- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporoseerkrankung ja nein
- Raucher ja nein
- Rheuma/Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Glaukom ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Metalle ja nein
- Arzneimittel ja nein
- Wenn ja welche:.....

Medikamente

- Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
- Stehen Sie in medik. Chemotherapie? ja nein
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei
Krebserkrankung? ja nein
- Nehmen Sie hochdosierte Steroide/
Immunsuppressiva? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja in welchem Monat?Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Wurden bei Ihnen größere ja nein
Operationen im Krankenhaus
durchgeführt? Datum:.....

.....seit
.....seit

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
Wenn ja, wann?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen, gesetzlichen sowie forensischen Verpflichtung einverstanden ja nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs-/ Recall-System einverstanden ja nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenakte einverstanden ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen / zahntechnischen Leistungen, für die zur Erfüllung eine finanzielle Vorleistung erforderlich ist, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder eine Auskunft eingeholt wird.

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

....., den

Unterschrift.....

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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: Zahnarztpraxis Dr. Martin Staake
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Bürgergartenstraße 1,
06618 Naumburg
Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): info@zahnarzt-dr-staake.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Langer, Katrin
Anschrift: Bürgergartenstraße 1, 06618 Naumburg
Kontakt Daten: Tel.: 03445/776237

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, Therapie-vorschläge 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 / Psycho-therapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Zahnärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und Zahntechnische Labore 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 sowie als Grundlage zur Herstellung von prothetischen Arbeiten. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte 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 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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt
Anschrift: Geschäftsstelle und Besucheradresse: Otto-von-Guericke-Straße 34a,
39104 Magdeburg
Postadresse: Postfach 1947, 39009 Magdeburg

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