

Anmeldung für neu in Behandlung tretende Patienten

	Patientenname: Vorname: Geb: PLZ: Wohnort: Straße: Telefon: Handy: e-mail: Name des Versicherten: Geb: Beruf: Arbeitgeber: Krankenkasse/Krankenversicherung: Hauszahnarzt: Hausarzt: Empfohlen/Überwiesen durch:	
ADRESSE		
Gemäß Röntgenverordnung bitte folgende Fragen ankreuzen:		
RÖNTGEN	1. Wurde der Patient schon einmal geröntgt? 2. Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate? 3. Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus? 4. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? 5. Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück?	ja nein ja nein ja nein
ZAHN- ÄRZT- LICHE ANAM- NESE	War der Patient schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? (wo..... wann.....) Waren oder sind Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Hat einer der Eltern eine Zahnfehlstellung? Hat der Patient Beschwerden beim Kauen? Knirscht der Patient mit den Zähnen?	ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein
MEDIZI- NISCH ANAM- NESE	Ist der Patient z. Z. in ärztlicher Behandlung (wenn ja, weshalb:..... wo.....) Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? (wenn ja, welche:.....) Bestehen irgendwelche schwerwiegenden Krankheiten? (Rachitis, Diabetes, Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Herzfehler, Allergie, AIDS, Gelbsucht, Blutungs- neigung, sonstige Krankheiten?)..... Lagen schon irgendwelche Mund- oder Kieferoperationen bzw. Unfälle vor? (wenn ja, wann:..... was:.....)	ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein
GEWOHN- HEITEN	Schnuller ja nein Lutschen Lippenbeißen ja nein Zungenbeißen Nägelkauen ja nein Sprachfehler Mundatmung ja nein Spielt der Patient ein Blasinstrument	ja nein ja nein ja nein ja nein

Im Fall der Veräußerung der Praxis bin ich damit einverstanden, dass meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformation über den Datenschutz gelesen habe und den Umgang mit meinen persönlichen Daten und denen meines Kindes erlaube.

Datum:

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:

Dr. Ulf Hauschild

Barckhausenstr. 5, 21335 Lüneburg

Tel.: 04131 764576, e-mail: info@hauschild-kieferorthopaedie.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, Therapievorschlüsse 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 /Zahnärzte, Logopäden, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange 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.

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: Barbara Thiel – Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen

Prinzenstr. 5, 30159 Hannover

Telefon: 0511 120-4500

e-mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

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