



# Anmeldung

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um Ausfüllung dieser Anmeldung gebeten.

<b>Patient</b>	.....	.....	.....
	Name	Vorname	geb.
<b>Mitglied</b>	.....	.....	.....
	Name	Vorname	geb.
<b>Anschrift</b>	.....	.....	.....
	Straße	Nr.	Telefon
	.....	.....	.....
	Postleitzahl	Wohnort	
<b>Krankenkasse</b>	.....	.....	.....
Krankenversicherung		Ort	Mitglieds- Nr.
<b>Sind Sie</b>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/>	zusatzversichert <input type="checkbox"/>	Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie</b>	Standardtarif gem. § 257 <input type="checkbox"/>	Basistarif <input type="checkbox"/>	
<b>Beruf</b>	.....	.....	.....
			Telefon - dienstlich
<b>Arbeitgeber</b>	.....	.....	.....
	Name	Ort	Telefon / Fax
<b>Hausarzt</b>	.....	.....	.....
Behandelnder Arzt	Name	Ort	Telefon / Fax

Viele Menschen sind krank. Das kann Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt.  
 Bitte beachten Sie, daß diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.  
 Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, daß meine **Verkehrstüchtigkeit** im Straßenverkehr unter dem Einfluß von Injektionen zur lokalen Anästhesie, therapeutischen Injektionen sowie Medikamenten, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, für 4 - 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Haben oder hatten Sie jemals	ja	nein
- Herz-, Kreislaufkrankheiten ( niedriger Blutdruck, hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Endocaditisgefahr ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten ( Gelbsucht, Tbc, AIDS ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Innere Krankheiten ( Diabetes, Magen-, Darm-, Schilddrüsen- Erkrankungen ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien ( Allergiepaß ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheuma oder Gelenkbeschwerden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Osteoporosetherapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schwierigkeiten mit langem Bluten / Anticoagulantientherapie ( Macumar ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krampfanfälle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eine andere ernsthafte Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....		
- Sind Sie schwanger ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wünschen Sie beim Bohren in örtlicher Betäubung behandelt zu werden ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/ Kieferbereich geröntgt worden ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Besteht eine Besonderheit, auf die Sie mich aufmerksam machen möchten ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.**

Durch wen wurden wir empfohlen ? .....

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans ? .....  ja  nein

Wünschen Sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden ? .....

Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Zahnbehandlungs - Vorsorge teilzunehmen. RECALL .....

Ich möchte per Brief , e-mail , SMS , oder telefonisch , benachrichtigt werden.

Die Teilnahme am RECALL kann jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen werden.

## Service unseres Praxisteam :

Wünschen Sie eine besondere Beratung über :

- Karies- u. Parodontosevorsorge ( Individualprophylaxe ) .....
- Zahnfarbene Füllungen ( Keramik / Kunststoff ) .....
- Goldfüllungen .....
- Amalgamentfernung .....
- Quecksilberentgiftung / -Ausleitung .....
- Naturheilkundliche Behandlungsmethoden .....
- Parodontosebehandlung .....
- Implantate .....
- Kopfschmerzen / Migräne .....
- Kiefergelenksdiagnostik - Axiographie - Kiefergelenksbehandlung .....
- Laserbehandlung .....

Ich verpflichte mich zur Vorlage meiner **Versichertenkarte** spätestens zum zweiten Behandlungstermin. Mir ist bekannt, daß gemäß den vertraglichen Bestimmungen andernfalls eine private Verrechnung erfolgen muß. Bei **Nichteinhaltung der Termine** (Nichterscheinen) bitten wir Sie, diesen mind. 24 Std. vorher abzusagen. Ansonsten sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen die ausgefallene Zeit ggf. in Rechnung zu stellen.

Ich bin mit der Herausgabe meiner Daten bzw. Röntgenbilder an meinen Hausarzt, Facharzt, Fachzahnarzt, Labor - nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Kapitel II-Art.5 - auch per E-Mail einverstanden:

Ja:

Nein:

Bei Fragen zum Ausfüllen des Anmeldebogens wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unser Praxisteam.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**HINWEIS :** Sollten Sie es einmal versäumen, sich vor der Behandlung die Zähne zu reinigen, so können Sie das in der Praxis nachholen. An der Anmeldung erhalten Sie kostenlos eine mit Zahnpasta imprägnierte Zahnbürste, die Sie nach Gebrauch mit nach Hause nehmen können.

## **Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet Ihnen bestimmte Informationen bei der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu erteilen. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit Überreichung dieses Informationsblattes nach.

### **Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Zahnarzt Dr. Harald Kischkat, Marktstr. 5, 58256 Ennepetal

### **Zweck sowie Grundlagen der Datenverarbeitung:**

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten, beispielsweise Ihre Versichertendaten aufnehmen. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages. Zusätzlich besteht eine Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte müssen gemäß §630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und zukünftige Behandlung der Patienten wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient damit auch dem Zweck, dieser Verpflichtung nachzukommen. In den überwiegenden Fällen wird es sich bei den durch uns verarbeitenden Daten um Gesundheitsdaten handeln. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten handeln.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Abs. 3 der Datenschutz-Grundverordnung sowie §22 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Gesundheitsdaten werden ausschließlich bzw. unter Verantwortung von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen.

Die Patientendaten werden auch zum Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet, beispielsweise an den überweisenden Arzt, einen weiteren Zahnarzt, Kieferchirurgen, Dentallabor, Krankenkasse, Kassenzahnärztliche Vereinigung. Auch erhalten wir von Dritten, beispielsweise von Ihrer Krankenkasse oder anderen Behandlern aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung unserer gesetzlichen Dokumentationspflicht (§630f BGB, s.o.) in der Behandlungsdokumentation speichern. Auch hierfür ist Rechtsgrundlage Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO, § 22 BDSG.

In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen. Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe a) DSGVO.

**Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:**

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist es möglich, dass wir Daten an folgende Empfänger/Kategorien von Empfängern weitergeben: Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Gesundheitsämter, kieferchirurgische und kieferorthopädische Überweiserpraxen, Dentallabore und Steuerberater.

Darüber hinaus können wir Daten mit der Einwilligung der Betroffenen weitergeben. Bei Erteilung Ihrer Einwilligung werden wir Sie darüber informieren, um welche Empfänger es sich im einzelnen handelt.

**Dauer bzw. Kriterien für die Festlegung der Dauer der Datenspeicherung:**

Personenbezogene Daten von Patienten sind grundsätzlich gemäß §630f Abs.3 BGB sowie den Vorschriften der jeweils einschlägigen Berufsordnung für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren.

Beispiel: Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gemäß § 28 Abs. 3 Satz 1 Röntgenverordnung sind 30 Jahre nach der letzten Behandlung aufzubewahren. In besonderen Fällen erfolgt eine längere Aufbewahrungspflicht als gesetzlich angeordnet, beispielweise bei der Durchsetzung von Schadensersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit wir hiervon Kenntnis haben. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen. Da auch zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen seinen Behandler gemäß § 199 Abs. 2 BGB erst nach 30 Jahren verjähren, behalten wir uns vor, die Patientenakte für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

**Rechte der Betroffenen:**

Im Rahmen der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung haben Sie verschiedene Rechte im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Dazu gehören das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Soweit die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie können hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einlegen. Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

**Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogene Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:**

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung/Beratung vorgenommen werden kann.

**Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.**

**Ihr Praxisteam Dr. Harald Kischkat**

---

**Datum / Unterschrift Patient**