



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____

Telefon privat : _____
 Email: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
 Adresse: _____

Sind Sie Beihilferechtiger des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an ja / nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? _____ o / o

Haben Sie einen Allergiepass? o / o

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? _____ o / o

Haben Sie Gerinnungsstörungen? o / o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? o / o

Sind Sie HIV positiv? o / o

Haben oder hatten Sie Hepatitis? o / o

Haben Sie Diabetes? o / o

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? o / o

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? o / o

Leiden Sie unter Migräne? o / o

Haben Sie grünen Star? o / o

Haben Sie eine andere Erkrankung? _____ o / o

Haben Sie Asthma? o / o

Sind Sie schwanger, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin? _____ o / o

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

ja / nein

Haben Sie Zahnschmerzen? o / o

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? /

Blutet Ihr Zahnfleisch? /

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? /
Sind Ihre Zähne gelockert? /

Wann fand die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung statt? _____

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? /

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? /

Haben Sie bereits an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? /

Möchten Sie an einer Prophylaxe teilnehmen? /

Möchten Sie am Recall für Untersuchungs- und zur Prophylaxetermine teilnehmen? /

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? /

Was erwarten Sie von Ihrem Besuch bei uns? Zu welchem Thema wünschen Sie eine Beratung?

Was möchten Sie auf gar keinen Fall?

Wir möchten die Behandlung für Sie möglichst angenehm gestalten und können Ihnen Folgendes anbieten :

beruhigende Musik / Entspannungs CD
Hypnose
Vollnarkose

Wir möchten Sie bitten, Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen, da wir anderenfalls angehalten sind, Ihnen das anfallende Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Sollten hinsichtlich der Behandlung Mehrkosten in Rechnung gestellt werden, die privat zu tragen sind, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, sofern er nicht selbst Rechnungsempfänger ist, da sich eine dritte Person zur Kostenübernahme bereit erklärt hat, die Rechnung unaufgefordert an den Verpflichteten weiterzuleiten.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Potsdam, den _____

**Zahnarztpraxis Dr. Beate Derfert und Dr. Lutz Pieper
Geschwister Scholl Str.65
14471 Potsdam**

Datenschutzerklärung

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 folgenden Informationen:

Wir erheben, speichern, nutzen und löschen folgende personenbezogenen Daten:

Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind und alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Begleitung von Patienten.

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns per Email, telefonisch, per Fax und/oder schriftlich in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten und geplanten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistung verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben (Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, und -ort, Emailadresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie, Leistungsabrechnung)

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 der gesetzlichen Prüfpflicht ist der Zahnarzt verpflichtet, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die zahnärztliche Stelle Röntgen zu senden.

Wollen Sie per Email oder telefonisch oder persönlich einen Behandlungstermin vereinbaren oder mit uns in Kontakt treten, werden die von Ihnen übermittelten Daten (Email etc.) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuzuweisen 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 Aufbewahrungsfristen bestehen. (Art. 6 Abs. 1 S 1 lit. b DSGVO)

Um die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen 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 über 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und Recht auf die Datenübertragbarkeit.

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht des Landes Brandenburg

Dagmar Hartge

Stahnsdorfer Damm 77

14532 Kleinmachnow

Email: poststelle@LDA.Brandenburg.de

Datenschutzbeauftragter : Dr. Lutz Pieper

Email: info@zahnaerzte-am-schloss-charlottenhof.de

Tel. 0331 2013358

Fax: 03312013359

Ort, Datum, Unterschrift:

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für die Terminerinnerung und zur Kontaktierung zwecks Terminverschiebungen gespeichert (Telefonnummer, Emailadresse, Adresse) und verwendet werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich per Email eine Terminerinnerung sowohl bestehender Termine erhalte, als auch für die Vereinbarung von Recall Terminen.

Ort, Datum, Unterschrift: