

Patientenfragebogen

Patient: weiblich

männlich

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

--	--

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____ Tel. (tagsüber): _____

eMail: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich
privat

Zusatzversicherung Kieferorthopädie
beihilfeberechtigt

bitte ankreuzen

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Allergien Ja Nein
- Hepatitis (Leberentzündung) Ja Nein
- Magen-Darm-Erkrankungen Ja Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein
- Gelenk- oder Muskelschmerzen Ja Nein
- Sind Sie oft erkältet? Ja Nein
- Waren/sind Sie in Behandlung eines Hals-Nasen-Ohrenarztes Ja Nein
- Atmen Sie meistens durch die Nase oder durch den Mund? Nase Mund
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Schlafen Sie oft schlecht? Ja Nein
- Leiden Sie oft unter Tagesmüdigkeit Ja Nein
- Leiden Sie an einer ersten oder lang andauernden Erkrankung? Ja Nein
- Haben Sie einmal eine solche durchgemacht? Ja Nein
- zur Zeit in ärztlicher Behandlung Ja Nein - wenn ja, warum? _____
- Werden zur Zeit Medikamente genommen? Ja Nein
- Medikamentenunverträglichkeit Ja Nein - gegen: _____
- Spielen Sie ein Blasinstrument? Ja Nein -wenn ja, welches? _____

Sonstige wichtige Angaben: _____

Fragen zum speziellen Gesundheitszustand:

- Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Beratung? Ja Nein - wenn ja, wo? _____
- Sind Sie oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein - wenn ja, wo? _____
- Sind bei Ihnen unfallbedingt Zähne verletzt worden Ja Nein
- ...oder verloren gegangen? Ja Nein
- Haben Sie oft Kopfschmerzen? Häufig Selten Nie
- ...oder Schmerzen im Kiefer/Gesichtsbereich? Häufig Selten Nie
- Haben Sie Zahnlockerungen bemerkt? Ja Nein
- Leiden Sie an Zahnfleischbluten? Ja Nein
- Haben Sie das Gefühl Ihre Zähne passen nicht richtig aufeinander? Ja Nein
- Haben Sie in der letzten Zeit eine Veränderung der Zahnstellung bemerkt? Ja Nein

Aus welchem Grund wünschen Sie kieferorthopädische Behandlung?

Ästhetik Verbesserung der Kaufunktion Vorbereitung für Zahnersatz _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? Empfehlung Internet Gelbe Seiten Zeitung Werbung

Wenn empfohlen, von wem? _____

Behandelnder Zahnarzt: _____ Ort: _____

Wir senden einen ärztlichen Bericht an Sie und Ihren Zahnarzt. Dieser wird sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung abgerechnet und in der Regel erstattet.

Der Brief an den Zahnarzt unterbleibt, falls Sie widersprechen. Für Widerspruch bitte ankreuzen: Kein Bericht an den Zahnarzt

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Hiermit willige ich ein, dass Dr. Madsen Kieferorthopädie Mannheim, MVZ GmbH meine erhobenen Daten verarbeiten und speichern darf, sofern dies für meine Behandlung notwendig ist. Nach Abschluss der Behandlung werden die Daten für die gesetzliche Aufbewahrungspflicht archiviert und im Anschluss daran gelöscht - nähere Informationen zum Thema Datenschutz, finden Sie auf der Rückseite.

Mannheim, _____ 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 beim Datenschutz haben.

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen oder Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereit- gestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern 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.

3. 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 gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. 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 Ausnahme- fällen benötigen wir Ihr gesondertes 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.

5. 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.

Die Datenschutzbeauftragte/n sind Sache der Bundesländer und daher regional organisiert.

Übersicht: https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden_und_Landesdatenschutzbeauftragte

6. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG IN UNSERER PRAXIS

Dr. Madsen Kieferorthopädie Mannheim, MVZ GmbH

Ihr Praxisteam