

Praxis für Zahnheilkunde Dr. Manuel Menzel & Kollegen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Versicherter:

(familienversichert)

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Anschrift:

Straße u. Hausnr. _____ PLZ u. Wohnort _____

Kontaktdaten:

Tel - privat _____ Tel - mobil _____ E-mail-Adresse _____

Beruf/Arbeitgeber:

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel-Arbeit _____

Krankenkasse:

Beihilfeberechtigt: Basistarif Zusatzversicherung: freiwillig versichert:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Allgemeine Situation

- Asthma
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion
- Blutgerinnungsstörung oder Blutbildveränderung
- Diabetes
- Magen-/Darm-/Nierenerkrankung
- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Epilepsie
- Rheuma
- Häufige Verdauungsprobleme
- Infektionen: Hepatitis A-B-C/Tuberkulose/HIV/Gelbsucht
- Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen
- Osteoporose
- Allergien - Wenn ja, welche?

- Medikamenteneinnahme – wenn ja, welche?

- Sonstige Erkrankungen – Wenn ja, welche?

- Rauchen Sie? – Wenn ja, wie viele?

- Besteht eine Schwangerschaft?

Zahn-Mund-Situation

- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang
- Geräusche im Kiefergelenk
- Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kieferbereich geröntgt wann?/wo? _____
- Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?
- Können Ihre Daten an einen Sozium oder Praxisnachfolger weitergegeben werden?
- Sind Sie an vorbeugenden Mundhygienemaßnahmen interessiert?

Sonstiges:

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Ihnen unsere Praxis empfohlen wurde? _____

Hiermit informieren wir Sie darüber, dass Sie nach einer Anästhesie mit einem verminderten Reaktionsvermögen und eingeschränkter Fahrtüchtigkeit rechnen müssen. Während der Anästhesiedauer sollten Sie auf das Essen verzichten, um Bissverletzungen zu vermeiden.

Wir sind eine Bestellpraxis und bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir es uns vor, eine **Ausfallvergütung nach §615 BGB von 40,- EUR pro Viertelstunde** zu berechnen.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

Bitte wenden ->

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. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und Ihre Rechte.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG UND ANSPRECHPARTNER

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Dr. Manuel Menzel, Würmtalstraße 132, 81375 München

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 / Psychotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Zahnärztekammern sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte 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.

Bitte wenden Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

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.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 3 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift: _____