



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der aktuellen DSGVO (Näheres hierzu bitte ab Seite 4). Herzlichen Dank. Bei Fragen sprechen Sie uns gern an.
Ihr Team von ...die mit dem Apfel!

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Straße _____
PLZ Ort _____
Telefon* _____
Mobil* _____
E-Mail* _____
Beruf* _____

ANGABEN ZUR/ZUM VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn Patient/Patientin in einer Familienversicherung mitversichert ist.

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Straße _____
PLZ Ort _____
Telefon* _____
Mobil* _____
E-Mail* _____
Beruf* _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG*

Name der Krankenkasse _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |

* freiwillige Angabe



IHRE GESUNDHEITSSITUATION

Um Risiken im Vorfeld der Behandlung einschätzen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand bitte möglichst genau.

Allgemeinmedizin

Hausarzt (Name und Adresse)*

	ja	nein
Blutdruck hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Endokarditisprophylaxe (vorbeugende mediz. Maßnahmen zur Verhinderung einer infektiösen Herzinnenhaut-Entzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

Lungenerkrankung (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

Infektionskrankheit (z. B. HIV, MRSA, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

ja nein

Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie/haben Sie Bisphosphonate (Medikamente zur Behandlung von Osteoporose) eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?		
------------------	--	--

Zahnmedizin*

Was ist Ihr Anliegen (z. B. Beratung, Zweitmeinung, Prophylaxe, Kontrolluntersuchung)?

Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?	ja	nein
--	----	------

Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

vorbehandelnder Zahnarzt (Name und Adresse)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z. B. Internet, persönliche Empfehlung, Facebook)?

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?

* freiwillige Angabe



IHRE ZAHNGESUNDHEIT

Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag? weniger als einmal ein- bis zweimal -mal

Wie lange putzen Sie Ihre Zähne? weniger als eine Min. ein bis zwei Min. Minuten

Mit welcher Zahnbürste putzen Sie? manuell (Hand) elektrisch Schall

Mit welcher Technik putzen Sie? schrubbend kreisend sonstiges

Haben Sie Zahnfleischbluten? oft selten nie

Haben Sie Mundgeruch? oft selten nie

Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? täglich gelegentlich nie

Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? _____

Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen trockenen Mund (wenig Speichel) haben? täglich gelegentlich nie

Welche Hilfsmittel neben der Zahnbürste verwenden Sie? (z. B. Mundspiegel) _____

Fluoridangebot

Wie heißt Ihre Zahnpasta? _____

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Ernährung

Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte? zwei- bis fünfmal über fünfmal

Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke? zwei- bis fünfmal über fünfmal

Haben Sie überempfindliche Zähne? ja nein

Rauchen

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie geraucht? ja nein

Funktion

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie sonstige Angewohnheiten? ja nein
Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen, Wangensaugen (Zutreffendes bitte unterstreichen)

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten und verkürzt Wartezeiten. Bei nicht abgesagten Terminen werden Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben auf den Seiten 1 bis 3 sowie die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
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, nachfolgend die Informationen:

Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß Artikel 4 Abs. 7 DSGVO

Diese Datenschutz-Information gilt für die Datenverarbeitung durch/verantwortlich ist:

Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. dent. Karsten Niemann,

Dr. med. dent. Patrick Wende

Ronnenberger Straße 18

30952 Ronnenberg

Telefon (05 11) 2 62 00 24

Telefax (05 11) 2 62 00 27

E-Mail: praxis@die-mit-dem-apfel.de

Sie erreichen unseren zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: micfra@micfra.net

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

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.

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre und/oder die Ihres Kindes 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.



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Um Ihnen einen optimalen Service zu bieten, bitten wir Sie um folgende Einwilligungen.

- Ich stimme der Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck eines Recall-Systems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) zu.

Die Erinnerung soll erfolgen (bitte ankreuzen):

- Mail SMS Anruf

- Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck der Weiterbehandlung bei anderen Ärzten und Zahnärzten, Heilpraktikern, Therapeuten des Gesundheitswesens, medizinischen Laboren und Zahnlaboren zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

- Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck der Abrechnung meiner Behandlung bei unserer externen Abrechnungsmitarbeiterin zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung per Mail oder mündlich in unserer Praxis zu widerrufen. Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren. Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen erreichen Sie unter:
Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

