



HERZLICH WILLKOMMEN

Bitte füllen Sie Ihre Anmeldung aus

Patient:

Herr/Frau/Kind Vorname Name geboren

Anschrift/Erreichbarkeit:

PLZ Ort Straße

Telefon / Mobilnummer E-Mail-Adresse

Arbeitgeber Telefon

Zahlungspflichtiger:

Herr / Frau / Kind Vorname Name geboren

Anschrift / Erreichbarkeit:

PLZ Ort Straße

Telefon / Mobilnummer E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse:

pflichtversichert freiwillig versichert Private Zusatzversicherung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Falls Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab. Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechzeit liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für Ihre Patientenstammdaten erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustanden mit. **Vielen Dank!**

Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Asthma (schwere Atemnot)	Ja	Nein	Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein
Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen	Ja	Nein	Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	Ja	Nein
Unverträglichkeit von Medikamenten? Welche?	Ja	Nein	Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente? Welche?	Ja	Nein
Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch			Sind Sie Raucher? Wie viele Zigaretten täglich?	Ja	Nein
Herzinfarkt	Ja	Nein	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
Schlaganfall	Ja	Nein	Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Lähmungen	Ja	Nein	Sonstige Angaben / andere Krankheiten?	Ja	Nein
Gelbsucht / Leberkrankheiten / HIV-Infektion Wann?	Ja	Nein	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein			
Rheuma	Ja	Nein			
Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen	Ja	Nein	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie unter Einwirkung der Lokalanästhesie keinen PKW, LKW oder dergleichen im öffentlichen Straßenverkehr führen dürfen.		
Kreislaufkrankungen	Ja	Nein			
Nierenerkrankungen	Ja	Nein			
Schilddrüsenerkrankungen	Ja	Nein			
Epilepsie	Ja	Nein			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** meiner Angaben!

.....
Datum

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Patienteninformation zum Datenschutz

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir verschiedene personenbezogene Daten von Ihnen erbitten. Hierzu zählen neben Ihren persönlichen Daten wie Name, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten wie Telefonnummer oder auch E-Mail Adresse, Angaben zu Ihrer Krankenversicherung etc. auch Gesundheitsdaten wie z.B. Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge oder Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns ggf. auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind (z.B. Ihr Hausarzt), Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnarztlliche Vereinigung Sachsen nach §294ff SGB V 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 uns ganz auf Ihre Behandlung konzentrieren zu können, nutzen wir im Rahmen von Honorarabrechnungen zusätzlich das Angebot der Zahnarztllichen Abrechnungsgesellschaft (kurz ZA AG). Soweit dies in Ihrem Fall notwendig wird, werden wir Sie gesondert informieren und um Ihr Einverständnis bitten.

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften sind wir verpflichtet, notwendige Daten weiter zu reichen:

- z. B. Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnarztlliche Stelle Röntgen gemäß §28 der Röntgenverordnung.
- im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung an die Gemeinsame Prüfungsstelle der ZahnArzte und Krankenkassen für den Freistaat Sachsen nach §106 SGB V.
- an den medizinischen Dienst der Krankenkassen nach §§275, 276 SGB V und
- im Antrags- und Genehmigungsverfahren für vertragszahnarztlliche Leistungen sowie das Gutachterwesen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach §2a BMV-Z/ §22 EKVZ.

Nehmen Sie unsere Leistungen im Rahmen von Herstellung oder Reparatur von Zahnersatz, Schienen oder kieferorthopädischer Behandlungsgerate in Anspruch, ziehen wir hierfür sorgfältig ausgewählte namhafte Dentallabore hinzu. Auch im Rahmen der Tätigkeit der Zahntechniker können diese Kenntnis Ihrer personenbezogenen Daten erlangen.

Wir bewahren Ihre persönlichen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, hierfür eine Frist von mindestens 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung einzuhalten. Unter Umständen können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Selbstverständlich werden diese Informationen durch unser Praxisteam mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Hierfür sind wir als Praxisinhaber verantwortlich und stehen Ihnen jederzeit gern für Fragen und Anregungen zur Verfügung. Weiterhin erreichen Sie Frau Orlob als unsere Datenschutzbeauftragte ebenfalls in der Praxis oder per E-Mail unter ds.zahnarzt-treuen@web.de.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten, ebenso wie evtl. unrichtige Daten zu berichtigen. Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang bitten, uns mögliche Änderungen jeweils zeitnah bekannt zu geben. 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. Haben wir Sie in Sonderfällen um Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung gebeten, haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sind Sie einmal der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren. Deren Anschrift lautet:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1
01067 Dresden

Wir danken Ihnen für Ihr uns entgegengebrachtes Vertrauen und freuen uns Sie weiterhin auf dem Gebiet der Mundgesundheit unterstützen zu dürfen.

Claudia Trenschele, Dr. Matthias Stark und Praxisteam