

# ANMELDEBOGEN der Fachpraxis für Zahnheilkunde Dr. Marc-Gunnar Marcus

Herzlich willkommen. Wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bitte füllen Sie diese Fragen für Ihre Zahnbehandlung **vollständig** und **wahrheitsgemäß** aus. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne. Alle Angaben unterliegen natürlich der **ärztlichen Schweigepflicht** und dem **Datenschutz**. Vielen Dank.

Patient / in: ..... geb. am: .....

Adresse: ..... Tel. (privat): .....

Beruf (optional): ..... Tel. (geschäftlich): .....

familienversichert über: ..... geb. am: .....

Adresse: ..... Tel. (privat): .....

Gesetzlich krankenversichert?  ja  nein ..... Zahnzusatzversicherung?  ja  nein

Versichert über eine Privatversicherung? ..... Oder als Selbstzahler? .....

Ich bin als Privatpatient im Basistarif versichert  ja  nein ..... Ich bin Beihilfe berechtigt  ja  nein

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen? (bitte mit **Ja oder Nein** bestätigen)

- Herzerkrankung / Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Blutungsneigung / Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Herzschrittmacher / Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- mein Blutdruck ist	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch

Haben Sie sonstige Erkrankungen? .....

Welche Medikamente nehmen Sie deshalb ein? .....

Haben Sie eine Allergie (z. B. auf ein Antibiotikum, Jod, Latex o. ä.)?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Von welchem Hausarzt werden Sie behandelt? ..... Tel.: .....

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  eventuell ..... Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein  gelegentlich

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? ..... War diese abgeschlossen?  ja  nein

Gibt es aktuelle zahnärztliche Röntgenaufnahmen?  ja  nein ..... Wenn ja, bei wem und warum? .....

Mit welchen Wünschen oder Problemen kommen Sie in unsere Praxis? .....

Kommen Sie auf Empfehlung zu uns (z. B. Internet, Freunde o. ä.)? .....

Wünschen Sie postalisch an Ihre nächste ½ jährliche Untersuchung erinnert zu werden (Recall-System)?  ja  nein

Ich versichere, dass jede Veränderung meiner Angaben **vor** einer weiteren Behandlung **sofort** mitgeteilt werden muss. Ich weiß, dass **Betäubungen** und **Medikamente** meine Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen können.

Berlin, den .....

Unterschrift: .....

## Informationen zur Erfassung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir verpflichten uns, mit Ihren persönlichen Daten sorgsam umzugehen. Die Daten, die Sie uns im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung anvertrauen, werden von uns nur genutzt, um Ihnen die bestmögliche (zahn)medizinisch notwendige Behandlung zu ermöglichen. Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfassen wir in unserer Praxis personenbezogene Daten und speichern diese. Dabei wird in unseren EDV-Systemen u. a. Ihr Name, Ihre Anschrift, das Geburtsdatum und notwendige Informationen zum Zahnstatus und der geplanten bzw. erfolgten Behandlung aufgenommen (personenbezogene Daten).

**Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1 b Europäischer Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und Art. 9 Abs. 2 h EU-DSGVO notwendig und zulässig.**

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten z. B. an Ihre Krankenversicherung, an die Unfallversicherung, den medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt nur, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe im Rahmen unseres Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben.

Die von uns gespeicherten Daten werden gelöscht, wenn Sie für den Zweck der Erhebung, Speicherung und Verwendung nicht mehr benötigt werden oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten z. B. im Rahmen der Patientenrechte, der Röntgenverordnung oder vor dem Hintergrund von möglichen Gewährleistungs- oder Haftungsansprüchen nicht mehr bestehen.

Auf Grundlage der EU-DSGVO können Sie uns gegenüber – beschränkt z. B. durch gesetzliche Fristen oder Rechte – auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten bestehen, Auskunft über die von uns gespeicherten Daten verlangen bzw. die Datenverarbeitung und Datenweitergabe einschränken.

Sollten Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sein, oder vermuten Sie einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht, dann sprechen Sie uns bitte an.

Berlin, den .....

.....  
(Unterschrift Patient/in)

*Ihre Fachpraxis für Zahnheilkunde Dr. Marc-Gunnar Marcus*