



dr kaut · dr göhring

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
Nürnberg / Ansbach

Anamnese- und Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir unsere Behandlung optimal an Ihren individuellen Bedürfnissen und Anforderungen ausrichten können, benötigen wir bestimmte Angaben über Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Bitte machen Sie diese vollständig und sorgfältig.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Zweifeln oder Fragen sprechen Sie bitte Ihren Behandler an.

Patient:

Herr / Frau / Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

Tel / Mobil

Privat

Geschäftlich

Mobil

Email / Fax

Email

Fax

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Mitglied / Familienvers. / Rentner

freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

bei: _____

für Privatpatienten: Basistarif (2,0)

Standardtarif (1,8)

Beihilfeberechtigt

sonstige Leistungsbeschränkungen

Bitte beachten Sie, dass private Kranken- und Zusatzversicherungstarife Leistungsbeschränkungen enthalten können. Wir empfehlen, dass Sie sich über die Erstattungsfähigkeit von Zusatzleistungen im Vorfeld mit Ihrem Versicherer abstimmen. Gerne sind wir Ihnen hierbei behilflich. Sprechen Sie uns bitte an.

bitte wenden →

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen? Nein Ja von _____

Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Wenn ja, warum: _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein Ja

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche: _____

Wenn Allergiepass vorhanden, bitte vorlegen!

Wurden in den letzten zwölf Monaten Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Wenn ja, in welcher Praxis: _____

Liegen oder lagen bei Ihnen eine/r oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Umstände vor?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Zurzeit in ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Orthopädische Probleme (HWS) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Allergiepass | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankung | <input type="checkbox"/> Überempfindlich gegenüber | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star | Medikamenten oder Materialien | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: _____ | | |

Bei Bestehen einer Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche _____ SSW

Sind Sie mit einer Fotodokumentation Ihrer Zähne einverstanden? Ja Nein

Haben Sie für Ihre Behandlung einen besonderen Wunsch?

Möchten Sie ein Beratungsgespräch über ein bestimmtes Thema? (z.B. professionelle Zahnreinigung, festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz, Implantate, Bleaching etc.)

Für Neupatienten: Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Wenn ja, von wem?

Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienteninformation zum Datenschutz

1. Für die Datenverarbeitung Verantwortliche

Dr. Katrin Kaut und Dr. Jasmin Göhring
Forchheimer Straße 6
90425 Nürnberg
Telefon: 0911- 21 77 39-0
Fax: 0911- 21 77 39- 29
Mail: info-nbg@meinezahnaerzte.com
Web: www.meinezahnaerzte.com

Den zuständigen Datenschutzbeauftragten unserer Praxis können Sie wie folgt erreichen:

Herrn Dr. Christopher Lieb
Bayreuther Straße 24
91054 Erlangen
Email: info@lieb-datenschutz.de
Web: www.lieb-datenschutz.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gemäß gesetzlichen Vorgaben sowie zur Erfüllung des zwischen Ihnen und Ihrem Arzt geschlossenen Behandlungsvertrages und der damit verbundenen Pflichten.

Für den soeben genannten Zweck verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu gehören Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen, welche wir oder andere Ärzte erheben. Hierzu können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, so beispielsweise in Arztbriefen und Überweisungen.

Nur sofern uns die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, kann eine gewissenhafte und sorgfältige Behandlung erfolgen. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten sind demnach Grundvoraussetzung für Ihre Behandlung.

3. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Wir leiten Ihre personenbezogenen Daten nur bei Vorliegen einer gesetzlichen Ermächtigung oder Ihrer Einwilligung an Dritte weiter.

Folgende Personengruppen fallen unter die Kategorie der möglichen Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten: andere Ärzte oder Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen.

Die oben genannte Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Klärung medizinischer und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Sachverhalte sowie zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Patientendaten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen.

4. Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden solange gespeichert, wie dies für die Durchführung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Gemäß § 630f Abs. 3 BGB sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten nach Abschluss der Behandlung für mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Längere Aufbewahrungsfristen können sich im Einzelfall aus anderen gesetzlichen Bestimmungen ergeben, so gemäß § 28 Abs. 3 RöV für 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen.

5. Terminerinnerung via SMS

Sofern Sie eine Mobilfunknummer angeben, versenden wir am jeweiligen Vortag Ihres Termins eine Terminerinnerung für Sie via SMS an die von Ihnen hinterlegte Mobilfunknummer. Die hierzu notwendige Datenverarbeitung richtet sich nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f) DS-GVO und zum Zwecke der Terminerinnerung und -ausfallreduktion. Sollten Sie diesen Service nicht wünschen, bitten wir Sie um einen kurzen Hinweis an unsere Mitarbeiter.

6. Ihre Betroffenenrechte

Sie haben gemäß Art. 15 DS-GVO das **Recht**, von dem Verantwortlichen eine **umfangreiche Auskunft** über die von ihm verarbeiteten personenbezogenen Daten, die in Art. 15 Abs. 1 Zif. a) bis h) DS-GVO genannten Informationen sowie über die Art der Verarbeitung zu verlangen.

Gemäß Art. 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber dem Verantwortlichen die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Weiterhin haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen gemäß Art. 18 Abs. 1 DS-GVO ein **Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung** sowie nach Art. 20 DS-GVO ein **Recht auf Datenübertragbarkeit**.

Darüber hinaus können Sie, sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerrufsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft **formlos** abändern oder gänzlich widerrufen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für unsere Praxis zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

7. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung und -verarbeitung

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bestimmt sich nach Art. 9 Abs. 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG sowie nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f) DS-GVO.

8. Voraussichtliche Dauer der Speicherung / Löschfristen

Die im Zusammenhang mit der Kontaktaufnahme von Patienten und Interessenten erhobenen Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung zu diesem Zwecke nicht mehr benötigt wird und sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen.

Die im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis erhobenen Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (§ 630 f BGB), aus der Berufsordnung und aus der Abgabenordnung (AO) für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung gespeichert. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrungsfrist nach sich ziehen.

Ich habe den Hinweis zur Datenverarbeitung durchgelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift