

Anamnesebogen.

Dr. Motyka & Partner – Zahnärzte

Liebe Patientin, lieber Patient,
ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Schön, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten! Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen und den Anmeldebogen vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben bzw. hatten, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Persönliches.

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon-Nr. _____

Email _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Private Zusatzversicherung
- Beihilfeberechtigt (%)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name / Ort _____

Grund des Besuchs.

- Routinekontrolle
- (Akute) Zahnschmerzen
- Zahnlockerungen
- Beratung Zahnersatz / Implantate
- Zweitmeinung
- Sonstiges _____

Wie haben Sie uns gefunden?

- Internetsuche / Homepage
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Persönliche Empfehlung _____
- Sonstiges _____

Haben oder hatten Sie eine / einen...

- Herzschrittmacher _____
- künstliche Herzklappe _____
- Stent/Bypass _____
- Herzinfarkt _____
- Angina Pectoris _____
- Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Herzmedikamente _____
- Antidepressiva _____
- Kortikoide (z.B. Cortison) _____
- Blutverdünner (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, ASS®) _____
- Bisphosphonate (z.B. Zometa®) oder monoklonale Antikörper (z.B. Prolia®, Xgeva®) _____
- Sonstiges _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente aufgetreten?

- Ja
 - Wenn ja, wogegen? _____
- Nein

⇒ Blatt bitte wenden!

Haben oder hatten Sie...?

- Bronchial-Asthma**
 - Benutzen Sie dafür Medikamente und / oder Inhalationsmittel? _____
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)**
 - Benötigen Sie Insulin? _____
 - Wie hoch ist Ihr aktueller HbA1c-Wert (Langzeit-Diabeteswert)? _____
- Depressionen / Schlaf- oder Angststörungen**
- Hohen Blutdruck**
- Niedrigen Blutdruck**
- Osteoporose**
- eine Tumorerkrankung / Leukämie**
 - Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Therapie und / oder Knochenmarkstransplantation? _____
 - Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors im Kopf-Hals-Bereich? _____
- Epilepsie (Anfallsleiden)**
- einen Schlaganfall**
- Grünen Star / Glaukom**
- Tuberkulose**
- HIV (Aids)**
- Hepatitis**
 - wenn ja, welcher Typ? _____
- Allergien**
 - wenn ja, wogegen? (ggf. Allergiepass vorhanden?) _____
- eine Künstliche Prothese (z.B. Hüft- / Kniegelenk)**
 - wenn ja, wo genau und seit wann? _____
- ein Transplantiertes Organ**
 - wenn ja, welches und seit wann? _____
- Sonstige Erkrankungen** _____

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der / des...? (wenn ja, welche?)

- Leber** _____
- Niere** _____
 - Werden Sie dialysiert? _____
- Kreislaufs** _____
- Schilddrüse** _____
- Magen-Darm-Traktes** _____
- Gelenke (z.B. Rheuma)** _____
- Wirbelsäule** _____

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

- Ja**
 - Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
 - Nichtraucher seit: _____
- Nein**

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Ja**
 - Wenn ja, in der wievielten Woche? _____
- Nein**

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligung Datenverarbeitung.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der seit dem 25.05.2018 geltenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung.

Dr. Motyka & Partner – Zahnärzte Siegen-Weidenau
Dr. med. dent. Bernd Motyka & Dr. med. dent. Philipp Motyka-Niehoff
Poststr. 17, 57076 Siegen

2. Zweck der Datenverarbeitung.

Grundlage einer Behandlung ist der Behandlungsvertrag, der auch formlos geschlossen werden kann. Diesen Behandlungsvertrag können wir nur ordnungsgemäß erfüllen, wenn wir Ihre Daten verarbeiten, bspw. auch Ihre Versicherungsdaten aufnehmen. Der Zweck der Datenverarbeitung besteht primär also in der Durchführung des Behandlungsvertrages. Zusätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Ärzte und Zahnärzte müssen zum Zwecks der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Dort sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige sowie zukünftige Behandlung des Patienten wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Die Datenverarbeitung dient dem Zwecks, dieser Verpflichtung nachzukommen. Bei den durch uns verarbeiteten Daten wird es sich in den überwiegenden Fällen um Gesundheitsdaten handeln. Diese werden ausschließlich von Personen verarbeitet, die einer strafrechtlich abgesicherten Schweigepflicht unterliegen.

Die Patientendaten werden auch zum Zweck der gesetzlich geregelten Weitergabe an festgelegte Empfänger verarbeitet (bspw. an den überweisenden Hausarzt, an Kassenzahnärztliche Vereinigungen, an den medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherung). Auch erhalten wir von Dritten, bspw. Ihrer Krankenkasse oder anderen Behandlern aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Ihrer Einwilligung Informationen, die wir zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Behandlungsdokumentation speichern. In den Fällen, in denen eine Datenverarbeitung nicht zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder nicht auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, wird eine Datenverarbeitung üblicherweise auf Ihrer Einwilligung beruhen (Art. 9 Abs. 2a DSGVO).

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 Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Dental-Labore, die

Dr. Motyka & Partner – Zahnärzte

Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, 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. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf (www.ldi.nrw.de).

6. Rechtliche Grundlagen.

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer ärztlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, sodass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung/Beratung vorgenommen werden kann. Zusätzliche Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Homepage www.zahnarzt-siegen-weidenau.de.

Ort / Datum

Unterschrift