



MeinZahnarzt
ZAHNMEDIZIN FÜR KLEINKINDER

SCHMERZBOGEN JUGENDLICHE & ERWACHSENE

Liebe Patientin, lieber Patient!
Verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir vor Ihrer Behandlung einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam MEIN ZAHNARZT



PATIENT(IN)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ + Stadt

Telefon

Mobil*

E-Mail

Beruf*

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Für Privatversicherte:
Sind Sie im Basistarif versichert?

☐ Ja

gesetzlich versichert ☐ Ja

Zusatzversicherung ☐ Ja

privat versichert ☐ Ja

Beihilfe berechtigt ☐ Ja

VERSICHERTE(R), FALLS ABWEICHEND

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ + Stadt

WER IST IHR HAUSZAHNARZT?

Name + Ort

Telefon

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Empfehlung

Vor- und Nachname: _____

☐ Internet

☐ Facebook

☐ Instagram

☐ Sonstiges

SCHMERZEN

Seit wann bestehen die Schmerzen? Bitte geben Sie den Zeitraum/Datum an.

Wann treten die Schmerzen auf?

☐ nachts

☐ tagsüber

☐ beim Essen

☐ sonstige _____

Schmerzqualität

☐ klopfen

☐ ziehen

☐ Dauerschmerz

☐ sonstige _____

Haben Sie eine Schwellung?

☐ innen

☐ außen

☐ sonstige _____

Besteht begleitendes Fieber?

☐ Ja

☐ Nein

Ist eine Zahnfleischblutung/Blutung sichtbar?

☐ Ja

☐ Nein

Schmerzmittel/Antibiotikum genommen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welches?

Haben Sie eine kariöse Stelle entdeckt?

☐ Ja

☐ Nein

Temperaturempfindlichkeit vorhanden?

☐ Kälte

☐ Wärme

☐ sonstige _____

Aufbissemphindlichkeit vorhanden?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen?

☐ Ja

☐ Nein

Pressen oder knischen Sie mit den Zähnen ?

☐ Ja

☐ Nein

Wurden Sie wegen dieser Schmerzen schon woanders behandelt?

☐ Ja

☐ Nein

Sind Sie wegen Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen in Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

ALLGEMEINE SITUATION

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt?

Neigen Sie zu Ohnmacht?

☐ Ja

☐ Nein

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Herzerkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Herzfehler

☐ Ja

☐ Nein

Herzklappenprothese

☐ Ja

☐ Nein

Herzinnenhautentzündung

☐ Ja

☐ Nein

Herzoperation

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

☐ Ja

☐ Nein

Treten Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Spritzen auf?

☐ Ja

☐ Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenunverträglichkeit?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Penicillinallergie?

☐ Ja

☐ Nein

Sonstige Allergien? (Schmerzmittel, Antibiotika, Latex, Pflaster ...)

LEIDEN SIE UNTER:

Diabetes

☐ Ja

☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja

☐ Nein

Rheuma

☐ Ja

☐ Nein

Lungenerkrankung

☐ Ja

☐ Nein

Magen-Darm-Erkrankung

☐ Ja

☐ Nein

Nervenerkrankung

☐ Ja

☐ Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

☐ Ja

☐ Nein

Aids (HIV positiv)

☐ Ja

☐ Nein

Hepatitis

☐ Ja

☐ Nein

Tuberkulose

☐ Ja

☐ Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

☐ Ja

☐ Nein

Sonstige Erkrankungen

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

☐ Ja

☐ Nein

In welcher Woche?

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPLICHT

Ich willige ein, dass die Zahnärztin Frau Angela Nordmann, „Mein Zahnarzt“ · Schlossgasse 11 · 74172 Neckarsulm, zum Anfordern und/oder Versenden folgender Unterlagen berechtigt ist: Röntgenbilder, Befundübermittlungen, Konsil zwischen Ärzten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und gelesen habe.

Unterschrift

Ort, Datum

MeinZahnarzt

Datum, Unterschrift des/der Partient/in

Identität des Verantwortlichen:

Angela Nordmann
Schloßgasse 11
74172 Neckarsulm

Telefon: 0713203837220
E-Mail: info@mein-zahnarzt-neckarsulm.de
www.mein-zahnarzt-neckarsulm.de

KATEGORIEN PERSONENBEZOGENER DATEN, DIE VERARBEITET WERDEN

Insbesondere im Rahmen der Befunderhebung können personenbezogene Daten auch bei Dritten (bspw. vorbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Alten- und Pflegeheime) erhoben werden. Wir verarbeiten im Einzelfall Personenstammdaten, Adress- und Kommunikationsdaten, Beziehungsinformationen (wie Daten zu Versicherungsstatus, Kostenträger, gesetzlicher Krankenkasse oder privater Krankenversicherung), Gesundheitsdaten, genetische Daten.

VERARBEITUNGSZWECKE

- Durchführung zahnärztlicher Behandlungen
- Ausübung des zahnärztlichen Berufes
- Durchführung ärztlicher Behandlungen (Narkosen)
- Ausübung des ärztlichen Berufes
- Erfüllung von Verpflichtungen aus dem zahnärztlichen Behandlungsvertrag gem. §§ 630a – h BGB, § 66, 140a SGB V
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunft-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Unterhaltung eines Recall-Systems
- Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen aus dem Sozialgesetzbuch gegenüber gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (hier: KZV Baden-Württemberg), insbesondere nach SGB V
- Erfüllung von Verpflichtungen aus dem zahnärztlichen Behandlungsvertrag gegenüber Patienten, gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen, sonstigen Kostenträgern und/oder Behörden
- Durchsetzung von Vertragserfüllungsansprüchen
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Identitätsfeststellung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs (auch über Dritte wie bspw. zahnärztliche Verrechnungsstellen und sonstige Abrechnungsgesellschaften und Factoring-Unternehmen) wie Entgegennahme von Honorarzahungen durch den Patienten, Versicherungen und sonstige Dritte, Zahlungsaufforderung und Mahnung sowie Einzug von Erstattungsansprüchen
- Zahnärztliche Berufsausübung im Sinne des Art. 12
- Außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten bzw. den zahlungspflichtigen Erziehungsberechtigten bei der Behandlung Minderjähriger (auch über Dritte)
- Patientenkommunikation
- Bereitstellung von Informationen über durchgeführte oder geplante zahnmedizinische Behandlungen an vor- und nachbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, zahnärztliche oder ärztliche Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser und/oder Pflegeeinrichtungen beispielsweise über Arztbriefe

RECHTSGRUNDLAGEN DER VERARBEITUNG

Als Rechtsgrundlagen der Verarbeitung kommen in Betracht:

- Das Vorliegen einer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit a.) DSGVO: Soweit eine solche vorliegt, hat der Betroffene das Recht, diese jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO und/oder Art. 6 Abs. 1 lit c) DSGVO
- Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO, soweit es um die Verfolgung folgender Zwecke geht: Abwicklung des Zahlungsverkehrs, Identitätsfeststellung, außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung; Abwehr von Haftungsansprüchen.
- Art. 9 Abs. 2 lit. a) und/oder Art. 9 Abs. 2 lit. c) DSGVO und/oder Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO und/oder Art. 9 Abs. 2 lit. f) DSGVO und/oder Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO.
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 BDSG

KRITERIEN ZUR SPEICHERDAUER

Personenbezogene Daten werden bis zur vollständigen Erreichung des Erhebungszwecks oder – im Falle der Weiterverarbeitung – des Weiterverarbeitungszwecks verarbeitet. Bei vollständiger Zweckerreichung werden die Daten gelöscht. Das zahnärztliche Berufsrecht sowie zahlreiche Spezialgesetze verpflichten den Verantwortlichen zur Aufbewahrung von Behandlungsdokumentationen, die der Verantwortliche auch unter dem Aspekt der Ermöglichung der Bereitstellung von Informationen über durchgeführte oder geplante zahnärztliche Behandlungen sowie der Abwehr von Haftungsansprüchen für einen Zeitraum von regelmäßig 10 Jahren.

EMPFÄNGER PERSONENBEZOGENER DATEN

- Factoringunternehmen
- Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen, jedenfalls bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Familienangehörige von minderjährigen Patienten, bei gesetzlicher Erlaubnis bzw. Einwilligung des Patienten
- Gerichtlich oder vertraglich bestellte Betreuungspersonen von Patientinnen und Patienten der Praxis, insbesondere soweit die Betreuung die Gesundheits- oder Vermögenssorge umfasst
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften
- Gerichte und Vollstreckungsorgane (im Falle der Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Drittschuldner
- Behörden und öffentliche Einrichtungen wie beispielsweise Sozialversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Jugendamt, Gesundheitsamt, Melderegister, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer (soweit gesetzlich vorgeschrieben oder durch eine Einwilligung der betroffenen Person getragen)
- Sonstige Angehörige der betroffenen Person (bspw. in Notfallsituationen, bei Vorliegen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder im Todesfalle)
- Vor- und Nachbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und/oder Alten- und Pflegeheime
- Private Krankenversicherungsträger, gesetzliche Krankenkassen und/oder deren Medizinische Dienste
- Berufsgenossenschaften
- Banken
- Zahntechniker

IHRE RECHTE ALS VON DER DATENVERARBEITUNG BETROFFENER

Ihnen stehen folgende Rechte nach Art. 15 bis 22 DSGVO zu:

- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitungen, die auf berechnete Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten (Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO) gestützt werden

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

- Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a · 70173 Stuttgart · Telefon: 07 11/61 55 41-0 · Telefax: 07 11/61 55 41-15
E-Mail: poststelle@ldi.bwl.de · <https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/kontakt-aufnehmen/>

INFORMATIONEN ÜBER DIE VERPFLICHTUNG ZU BEREITSTELLUNG VON DATEN DURCH SIE ALS BETROFFENEM

Aufgabe unserer Zahnarztpraxis ist die Erbringung von ärztlichen Behandlungsleistungen. Im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung des Behandlungsverhältnisses und die Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Behandlungsvertrages oder die Ausführung konkreter Behandlungseingriffe (mit Ausnahme von Notfallsituationen) ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen. Weiterhin können wir für den Fall, dass wir Ihnen gegenüber eine Forderung aus eigenen Rechtspositionen geltend machen und es in diesem Zusammenhang zum Abschluss vertraglicher Vereinbarungen zwischen Ihnen als Schuldner und unserer Praxis betreffend die Forderungseinziehung in Form von Vergleichen (bspw. Ratenzahlungsvereinbarungen) kommt, den Abschluss eines Vergleiches von der Bereitstellung spezifischer Informationen (bspw. Bonitäts- und Vermögensauskünfte, Daten zu bestehenden Beschäftigungsverhältnissen, Bankdaten) durch Sie abhängig machen. Die Nichtbereitstellung dieser Informationen, zu der Sie nicht verpflichtet sind, kann insoweit zum Nichtabschluss derartiger Vereinbarungen mit unserer Praxis führen. Im Sinne größtmöglicher datenschutzrechtlicher Transparenz weisen wir auf etwaige Verpflichtungen zur Bereitstellung von Informationen im Einzelfall vor Durchführung der konkreten Datenerhebungssituation jeweils gesondert hin.

Datum, Unterschrift Patient(in)

MeinZahnarzt