

Anmeldung / Überweisung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Erkrankung unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und sichere Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen vollständig aus!

Patient:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

ausgeübte Tätigkeit:

Tel. privat: Tel. dienstlich: Handy:

E-Mail:

Versicherte/r: (nur falls abweichend)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse / Privatversicherung Ich bin beihilfeberechtigt:

Mein Zahnarzt: überwiesen von:

Welche Unterlagen habe ich mitgebracht:

Röntgen-Übersichtsaufnahme: Einzelbilder: Formlose Überweisung / gelber Flyer:

Kosteneinverständnis Implantatberatung:

Bei gesetzlich Versicherten gehört die Beratung und Planung einer Implantatversorgung einschließlich der hierfür gefertigten Röntgenbilder i.d.R. nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und wird von dieser nicht übernommen. Wir stellen Ihnen diese Leistungen daher privat in Rechnung. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte zutreffende Erkrankungen ankeuzen!

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Zustand nach Infarkt, wenn ja, wann?
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher
- Andere, hier nicht aufgeführte Herzerkrankung?
Welche?
- Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente?
Welche?
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Xarelto etc.)?
Welche?

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall, wenn ja, wann?
- Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente?
Welche?

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Atemwegserkrankung/ Lunge

- Asthma
- Bronchitis: akut? chronisch?
- Nehmen Sie hierfür Medikamente?
Welche?

Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis, wenn ja? Welche?
- Nehmen Sie hierfür Medikamente?
Welche?



Name in Druckbuchstaben:

**Infektions-
erkrankung** HIV/AIDS
 andere, hier nicht aufgeführte Infektionskrankheit
Welche?

**Bewegungs-
apparat** Rheuma
 rheumatoide Arthritis
 Gicht
 Arthrose
 Osteoporose
 Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente ein?
Welche?

**Zentrales
Nervensystem** epileptische Anfälle
 Nervenentzündung
 psychiatrische Erkrankung
 Parkinson
 Multiple Sklerose (MS)
 Nehmen Sie hierfür Medikamente?
Welche?

Stoffwechsel Zuckerkrankheit / Diabetes
 Erkrankung der Schilddrüse
 Nehmen Sie hierfür Medikamente?
Welche?

**Andere
Erkrankungen** Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten?
Welche?
 Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemotherapie)
Wo? wann
 Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Welche?

**Sonstige
medizinische
wichtige
Informationen** Nehmen Sie regelmäßig Nikotin, Alkohol oder Drogen zu sich?
Welche?
 Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Welche?
 Besitzen Sie einen Allergiepass?
 Sind Sie z.Zt. schwanger? In welchem Monat?
 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?
Wenn ja, wo?

Haus- oder Facharzt Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung?
Wer ist Ihr behandelnder Haus- oder Facharzt?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung und zur Übermittlung von Behandlungsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit dem anliegenden Informationsblatt zum Datenschutz werden Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Praxis und Ihre diesbezüglichen Rechte informiert.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und im Rahmen des Behandlungsvertrages ist es aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten an den Hauszahnarzt, überweisenden Arzt, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und privatärztliche Verrechnungsstellen oder Behörden weiterzugeben. Gleichzeitig kann es zur Erfüllung des Behandlungsvertrages notwendig sein, Behandlungsdaten und Befunde Ihres Hauszahnarztes etc. einzuholen. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hauszahnarzt / überweisenden Arzt zu benennen und Ihr Einverständnis mit der Datenerhebung und Weiterleitung zu erteilen. Diese erfolgt ausschließlich in dem zur Erreichung des hiermit verfolgten Zweckes erforderlichen Umfang unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Bei der Übermittlung Ihrer Daten per E-Mail durch uns an Dritte werden diese anonymisiert und verschlüsselt übersandt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von der Praxis verarbeitet und an die o.g. Dritten weitergeleitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von meinem behandelnden Hauszahnarzt / überweisenden Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an uns weiterzuleiten. Die Informationen dürfen nur zum Zwecke der Behandlung und Dokumentation verwendet werden.

Ich bin einverstanden, dass die Praxis im Rahmen meiner Behandlung Arztbriefe, Röntgenbilder etc. per E-Mail anonymisiert an meinen Hauszahnarzt oder weiterbehandelnden Arzt versendet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder per E-Mail für die Zukunft widerrufen kann. Über meine Rechte und mein Widerrufsrecht im Hinblick auf die Verarbeitung meiner Daten bin ich informiert worden.

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Wahrung Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns schon seit Jahren ein wichtiges Thema. Aufgrund der im Mai 2018 in Kraft getretenen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Ihre Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieses Hinweisblatt informiert sie auch über Ihre Rechte.

Weitere Hinweise zum Datenschutz in der jeweils aktuellen Fassung finden Sie auch auf unserer Webseite unter www.mkg-verden.de. Dort haben wir zur Datenvermeidung bewusst auf ein Kontaktformular verzichtet.

Bitte senden Sie uns auch keine vertraulichen Daten per Email!

1.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung in der Praxis

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Dr. Malte von Boetticher
Untere Str. 30, 27283 Verden
Tel.: 04231-930606
info@mkg-verden.de

2.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, ausgeübte Tätigkeit, Versicherungsstatus, Beihilfeberechtigung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, Behandlungsleistungen etc., die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefen, Laborbefunden und Ergebnissen bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenaufnahmen).

Die Erhebung dieser Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Ohne diese notwendigen Informationen kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Deshalb werden uns auch von Ihrem Hauszahnarzt und anderen Ärzten, bei denen Sie in Behandlung sind, solche Daten zur Verfügung gestellt.

3.

Empfänger ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre persönlichen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer Daten können insbesondere Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Ärztekammern, Krankenkassen und privatärztliche Verrechnungsstellen oder Berufsgenossenschaften und Behörden sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung medizinischer oder das Versicherungsverhältnis betreffender Fragen oder zum Zwecke der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten auch an weitere berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies zur Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, die Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Aus anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. für Röntgenbilder.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die Sie betreffenden Daten zu erhalten. Sie können auch 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 auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Basis gesetzlicher Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, Ihre erteilte Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Ihnen steht weiter das Recht zu, 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:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel: 0511 120 – 4500, Fax: 0511 120 – 4599

6. Rechtliche Grundlagen

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung zur Weitergabe der Patientenakten und zur Datenübertragung im Rahmen der Praxisübergabe

Über den zum 01.01.2024 erfolgenden Praxisübergang von Herrn Dr. Dr. Gudehus auf Herrn Dr. Malte von Boetticher wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Herrn Dr. Dr. Gudehus geführten Patientenunterlagen durch den Praxisnachfolger und durch seine Mitarbeiter stimme ich hiermit zur Ermöglichung der Weiterbehandlung ausdrücklich zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine elektronisch gespeicherten personenbezogenen Daten an den Praxisnachfolger weitergegeben und von der Praxis weiterhin verarbeitet werden.

Die Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich, per E-Mail oder Fax für die Zukunft widerrufen kann. Über meine Rechte und mein Widerrufsrecht im Hinblick auf die Verarbeitung meiner persönlichen Daten bin ich informiert worden.

.....
Name des Patienten:

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter