



Dr. B. Wolters & C. Lucka

Patientenerklärung

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig und gewissenhaft aus.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.

Patient Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Strasse, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Arbeitgeber _____ Telefon Dienst _____

Fragen zur Person:

Herzerkrankung ja <> , nein <>

Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe ja <> , nein <> , was genau? _____

Hoher Blutdruck ja <> , nein <>

Niedriger Blutdruck ja <> , nein <>

Ohnmachtsneigung ja <> , nein <>

Blutgerinnungshemmer (Marcumar, ASS) ja <> , nein <> , was nehmen Sie ? _____

Blutungsneigung, sind Sie Bluter? ja <> , nein <>

Rheuma ja <> , nein <>

Diabetes ja <> , nein <>

Schilddrüsenerkrankung ja <> , nein <>

Lebererkrankung (Hepatitis) ja <> , nein <>

Magen – Darmerkrankung ja <> , nein <>

Nierenerkrankung ja <> , nein <>

Lungenerkrankung , Asthma ja <> , nein <>

Nasen- Nasennebenhöhlenerkrankung ja <> , nein <>

Epilepsie ja <> , nein <>

Infektionserkrankungen (HIV bzw. AIDS) ja <> , nein <>

Tuberculose ja <> , nein <>

Raucher ja <> , nein <> wie viele am Tag? _____

Bestehen Allergien? ja <> , nein <> , welche? _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit ja <> , nein <> , welche? _____

Sonstige Erkrankungen ja <> , nein <> , welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja <> , nein <> , Entbindungstermin: _____

Ihr behandelnder Hausarzt : _____
Name _____ Anschrift _____

Sind Sie an einer schriftlichen Benachrichtigung (Recall) interessiert? ja <> , nein <>

3 Monate <> 6 Monate <> 12 Monate <>

Injektionen (Betäubungen) können das Reaktionsvermögen soweit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen oder Röntgenaufnahmen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Physiotherapeuten, Krankenkassen, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer und private Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, diese Daten jedoch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen ist laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung 30 Jahre.

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 Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Grasberg, den _____
Datum

Unterschrift

Unsere Abrechnung von privat zu zahlenden Rechnungen (auch bei gesetzlich Versicherten Personen) erfolgt über die Abrechnungsstelle Mediserv.

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen übermittelt werden und durch Mediserv an Auskunfteien zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung Ihrer Zahlungsfähigkeit weitergegeben werden.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r abgegeben, so versichern Sie, dass auch Sie mit den Regelungen einverstanden sind.

Sollten Rechnungen nicht bezahlt werden, werden wir die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V. damit beauftragen, die offenen Forderungen einzuholen.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass in diesem Falle Ihre personenbezogenen Daten weitergegeben werden und somit die Verschwiegenheitsverpflichtung für diesen Fall erlischt.

Grasberg, den _____
Datum

Unterschrift