

Patienten-Fragebogen

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Andrea Schmidt
Dr. Andrea Brackmann-Krifka
Marktplatz 18
40764 Langenfeld

(bitte vollständig ausfüllen)

Lieber Patient, jede nachfolgende Frage dient dem Ziel, Risikofaktoren zu erkennen, sowie evtl. auftretende Komplikationen möglichst schnell einschätzen und entgegenzutreten zu können.

Die schriftliche Erhebung verhindert das „unerwünschte Mithören“ anderer Patienten und gibt Ihnen die Möglichkeiten, alle vertraulichen Informationen wahrheitsgemäß und in Ruhe zu übermitteln.

Sollten Sie mit mir - Ihrem Zahnarzt - auch bezüglich der nachfolgenden Fragen ein Vier-Augen-Gespräch wünschen, zögern Sie nicht, dies durch ein entsprechendes Kreuzchen mitzuteilen.

| | |
|--------------------------------------|------------------------|
| Nachname, Vorname (Patient) | Geb.-Datum, Geschlecht |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort |
| Telefon (privat) | Telefon (geschäftlich) |
| E-Mail | Beruf |
| Name der Krankenkasse / Versicherung | |

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - nicht im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert - im Basistarif

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch bitten wir um Angaben:

| | |
|---|-------------|
| Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) | Geb.-Datum, |
| Straße, Hausnummer PLZ, Ort | |

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

- Traten bei früheren Zahnbehandlungen Komplikationen auf? Ja _____ Nein
- Leiden Sie nach Zahntentfernungen an verstärktem Nachbluten? Ja Nein
- evtl. auch durch Medikamente (Marcumar)? Ja Nein
- Befinden Sie sich derzeit in Behandlung eines Arztes? Ja Nein
- Wenn ja, warum? _____

Gesundheitszustand

Bitte
ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja Nein

Infektionskrankheiten

Immunschwäche (z.B. HIV)

Ja Nein

Gelbsucht (Hepatitis)

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

andere:

Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Lokalanästhetika

Ja Nein

Medikamente (z.B. Schmerzmittel)

Ja Nein

Antibiotika (z.B. Penicillin)

Ja Nein

Metalle:

Ja Nein

andere:

Ja Nein

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung

Ja Nein

Asthma

Ja Nein

Lungenerkrankung

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Rheuma

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Diabetes

Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen

Ja Nein

Ohnmachtsneigung

Ja Nein

organische Erkrankungen
(Leber, Niere, Magen, Darm)

Ja Nein

Tumor / Krebs (wo, seit wann?)

Ja Nein

andere:

Ja Nein

Allgemeine Angaben

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat _____

Drogenkonsum Ja Nein _____

Alkoholkonsum Ja Nein wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zigaretten/Tag

Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann: _____

Welche Medikamente nehmen Sie und wie häufig? _____

Besteht der Wunsch nach einem 4-Augen-Gespräch? Ja Nein

Möchten Sie regelmäßig an Kontroll-Untersuchungen (Recall) erinnert werden? Ja Nein

Möchten Sie an ihre Folgetermine per SMS erinnert werden? Ja Nein

Wichtige Information für Sie:

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Name Erziehungsberechtigter

Unterschrift

Hinweis zur Verarbeitung Ihrer Daten

Im Rahmen der Behandlung von Patienten müssen wir in unserer Praxis Daten zu Ihrem Gesundheitszustand erheben speichern, verarbeiten und ggf. weiterleiten. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an uns wenden.

Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist:

Frau Dr. Andrea Brackmann-Krifka

Art der erhobenen Daten:

Patientendaten – persönliche Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten, Versichertendaten, Daten von Angehörigen, übermittelte Daten von Dritten.

Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:

Erfüllung der Behandlungsvertrag, interdisziplinäre Zusammenarbeit (Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Physiotherapeuten), Beantragung von Versicherungsleistungen, Abrechnung gegenüber der KZV-Nordrhein, privaten Versicherungen, Beihilfestellen, Berufsgenossenschaften und anderen Versicherungsträgern.

Die Rechtsgrundlage ergibt sich z.B. aus Art.6 Abs.1 Buchst. B DS-GVO (Erfüllung eines Vertrags)

Empfänger der Daten:

KZV-Nordrhein, Krankenkassen, sonstige Versicherungsträger, Beihilfestellen, Verrechnungsstellen (ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG), Berufsgenossenschaften, Zahntechnische Labore, pathologische, genetische und mikrobiologische Institute, überwiesener/überweisender Arzt/Zahnarzt.

Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfrist:

Die Daten der Patientenakten müssen in unserer Praxis gemäß §630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre archiviert und gespeichert werden.

Wir haben in unserer Praxis einen Datenschutzbeauftragten benannt:

Frau Dr. Andrea Brackmann-Krifka

Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO. Als von der Datenverarbeitung Betroffener können Sie die folgenden Ansprüche geltend machen:

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkungen der Verarbeitung, sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sofern die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht, haben Sie das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen. Sie können – sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen – eine Beschwerde an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf) richten.

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.a. Zweck verarbeitet werden, sollten sich Änderungen ergeben, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckveränderung zeitnahe mit.

Langenfeld, den..... Unterschrift.....

Patienteninformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Wilhelmstr. 118, Aufgang C, 10963 Berlin) wird für uns als sog. Auftragsverarbeiter tätig.

Für die online-Terminbuchung gelten die Datenschutzbestimmungen, die auf der Webseite doctolib.de verfügbar sind. Auch für Patienten ohne Nutzerkonto auf doctolib.de setzen wir das Doctolib Kalendersystem ein, um alle Termine einheitlich zu verwalten und uns in erster Linie auf unsere Patienten zu konzentrieren. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an.

Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie. Doctolib selbst hat keine Einsicht darüber, bei welchem Arzt Sie behandelt werden. Diese Information hat nur Ihr Arzt selbst.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Gemäß der DSGVO steht Ihnen jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Datenübertragung, Löschung oder Sperrung Ihrer Daten zu. Sie können, sofern einschlägig, der Verarbeitung widersprechen oder eine etwaige Einwilligung widerrufen. Sie haben außerdem das Recht, sich bei einer zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Name: _____

Datum : _____

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.

Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Unterschrift: _____