

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen möglichst **48 Stunden** vorher abzusagen, da wir dann anderen Patienten diesen Termin anbieten möchten. Erhalten Sie einen Notfalltermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient reichen Sie bitte Ihre Versichertenkarte spätestens **5 Tage** nach Behandlungsbeginn nach, da ansonsten eine private Rechnungslegung erfolgen muss.

Zur Vervollständigung Ihrer Kartei benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Daten der ärztlichen Schweigepflicht

Patient Herr/Frau/Kind	Name / Vorname	Geb.Datum	
Anschrift	Straße / Hausnummer	Geb. Ort	
	PLZ / Ort	Email:	
Mitglied/ Zahlungspflichtiger	Name / Vorname	Geb. Datum	
	Straße / Hausnummer	Tel.	
	PLZ / Ort	Arbeitgeber	
Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert, § 13 Abs. 2 <input type="checkbox"/> Zusatzversichert		<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe
Kontaktdaten	Mobilfunknr.:	Tel.-Nr. privat:	Tel.-Nr. geschäftlich:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet Praxisschild Zeitungsannonce Telefonbuch
 persönliche Empfehlung (mögen Sie uns verraten von wem? _____)

Besitzen Sie ein regelmäßig geführtes Bonusheft? (Eintragung 1x jährlich die letzten 5-10 Jahre)

- Ja
 Nein

Nur für weibliche Patientinnen:

Besteht z. Zt. Eine Schwangerschaft? ja, wievielte Woche? _____ nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlicher Behandlung:

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 gerne ein Taxi oder benachrichtigen Ihre Angehörigen.

Je nach Verwaltungslage nehmen wir für unsere Rechnungsstellung die Hilfe einer renommierten Abrechnungsgesellschaft in Anspruch. Auch diese unterliegt der Schweigepflicht und bietet zudem auf Anfrage die Möglichkeit von Teilzahlungen (unter besonderen Bedingungen auch zinsfrei).

Da Ihre Genehmigung der Schriftform bedarf, benutzen Sie bitte das beiliegende Formular.

Für eventuelle Rückfragen bezüglich der Rechnungsinhalte stehen wir Ihnen unabhängig davon in jedem Fall zur Verfügung .

Bitte beachten Sie auch die folgenden Seiten!

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?:

Herz

Zustand nach Infarkt	O ja, wann? _____	O nein
Herzinsuffizienz	O ja	O nein
Muskelentzündung	O ja	O nein
Verengung der Herzkranzgefäße	O ja	O nein
Rhythmusstörungen	O ja	O nein
Bypassoperationen	O ja, wann? _____	O nein
Herzklappenersatz	O ja	O nein
Schrittmacher	O ja	O nein

Kreislauf

niedriger Blutdruck	O ja	O nein
Bluthochdruck	O ja	O nein
Angina pectoris	O ja	O nein
Durchblutungsstörungen	O ja	O nein
Schlaganfall	O ja, wann? _____	O nein

blutbildendes System

Blutarmut	O ja	O nein
Blutgerinnungsstörungen, Bluter	O ja	O nein

Augen

grauer Star	O ja	O nein
grüner Star	O ja	O nein

Atemwege / Lunge

Asthma	O ja	O nein
Bronchitis	O ja	O nein

Magen-Darm-Trakt

Magenerkrankung	O ja	O nein
Darmerkrankung	O ja	O nein

Blase / Nieren

Blasenerkrankung	O ja	O nein
Nierenerkrankung	O ja	O nein
Dialyse	O ja	O nein

Leber

Gelbsucht	O ja, wann? _____	O nein
Hepatitis	O ja, wann? _____	O nein

Bewegungsapparat

Rheuma	O ja	O nein
rheumatoide Arthritis	O ja	O nein
Gicht	O ja	O nein

Zentrales / vegetatives Nervensystem

epileptische Anfälle	O ja	O nein
Kopfschmerzen	O ja	O nein
Migräne	O ja	O nein

Stoffwechsel

Diabetis	O ja	O nein
Schilddrüsenüber/-unterfunktion	O ja	O nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Hauterkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV / AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein
Bestrahlung? / Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein
Kinderkrankheiten (Mumps, Masern, Röteln)	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> geimpft

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? ja nein
wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie Kiefergelenkprobleme? ja nein

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein
wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate? ja, seit / bis wann? _____ nein
(Bisphosphonate werden bei Osteoporose bzw. speziellen Krebserkrankungen zu therapeutischen Zwecken verwendet)

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ahrensburg, den _____ Unterschrift _____

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt (Anlage). Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Patientenangaben		Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Holger Gunia und Dr. Markus Bansen
Name Patient/Minderjähriger		Waldstraße 1
Geburtsdatum:		22926 Ahrensburg
Gesetzlicher Vertreter/ Zahlungspflichtiger		
Anschrift:		

Sehr geehrte/r Patient/in,

speziell für Sie haben wir folgende **Services** eingerichtet, die **freiwillig und jederzeit widerrufbar** sind:

Recallservice

Angepasst an Ihre spezielle Behandlungssituation werden Sie durch uns regelmäßig an Ihre Vorsorgeuntersuchungen und/oder Behandlungen erinnert, damit Sie keinen Termin versäumen.

Einverständniserklärung:

Ja, ich möchte den „**Recall-Service**“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder meinen Behandlungstermin.

(Bitte ausfüllen/ankreuzen)

- per E-Mail: _____
- Ich besitze keine E-Mail Adresse bzw. ich möchte **per Post** erinnert werden
- Nein**, ich möchte den Recall-Service nicht nutzen

Terminerinnerungsservice

Um bei längeren Terminen Mißverständnisse zu vermeiden, bieten wir einen Erinnerungsservice 1-2 Tage im Voraus zum Abgleich des Datums und der Uhrzeit an.

(Bitte ausfüllen/ankreuzen)

Einverständniserklärung

- Ja**, ich wünsche den **Terminerinnerungsservice** 1-2 Tage im Voraus
 - per Telefon: _____
 - per email: _____
- Nein**, ich möchte nicht erinnert werden

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten/Erziehungsberechtigten

Digitaler Versand von Unterlagen an Sie

Um den Austausch von Unterlagen für Ihre spezielle Behandlung effizienter zu gestalten versenden wir auf Ihren Wunsch folgende Unterlagen per e-Mail:

z.B. Dokumente wie Heil- und Kostenplan, Rechnungen, Schriftverkehr (Arztbriefe, medizinische oder verwaltungstechnische Stellungnahmen, etc.)

Bitte beachten Sie: Der Versand von Röntgenbildern ist nur in digitaler Form möglich!

Einverständniserklärung:

(Bitte ausfüllen/ankreuzen)

- Ja**, ich möchte den digitalen Versand von Unterlagen an mich nutzen.
E-Mail: _____
- Ich besitze keine E-Mail Adresse bzw. ich möchte meine Unterlagen **nur per Post** erhalten

Die Weitergabe von Unterlagen an Dritte erfolgt nur im Zusammenhang mit einer aktuellen zahnärztlichen Behandlung, und nur mit einer gültigen Schweigepflichtsentbindung (Separates Formular).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten/Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie auch die Anlage zur Verarbeitung Ihrer Daten, danke!

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der 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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Holger Gunia und Dr. Markus Bansen

Praxisname: Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Gunia und Bansen

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Waldstr. 1, 22926 Ahrensburg

Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail): 04102_8848-0 / info@praxis-gunia-bansen.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Konzept 17

Anschrift: Westring 3, 24850 Schuby

Kontaktdaten: +49 4621 5 30 40 50 / sh@konzept17.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

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

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

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 Ärzte / Psychotherapeuten, Kassen-Ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatArztliche 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

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

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 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:

Name: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD)

Anschrift: Holstenstraße 98, 24103 Kiel, Telefon: +49 (0) 431 988-1200 Telefax: +49 (0) 431 988-1223

E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de www.datenschutzzentrum.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam